



Зарегистрирован
N 113-25-11
09.07.2025

Министерство здравоохранения Самарской области

ПРИКАЗ

от 09.07.2025

№ 11-н

Об утверждении форм заявлений на получение (отказ от получения)
социальной услуги по обеспечению отдельными видами товаров с
использованием электронного сертификата
на территории Самарской области

В соответствии с частью 2 статьи 3 Федерального закона «О приобретении отдельных видов товаров, работ, услуг с использованием электронного сертификата», постановлением Правительства Самарской области от 05.06.2025 № 315 «Об утверждении Порядка предоставления гражданином заявления на получение социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами для медицинского применения, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов с использованием электронного сертификата и заявления об отказе от приобретения лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий, а также специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов с использованием электронного сертификата», ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

форму заявления на получение социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами для медицинского применения, медицинскими изделиями, специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов с использованием электронного сертификата согласно приложению 1 к настоящему приказу;

форму заявления об отказе от приобретения лекарственных препаратов,

для медицинского применения, медицинских изделий, а также специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов с использованием электронного сертификата согласно приложению 2 к настоящему приказу.

2. Управлению организационной деятельности департамента информатизации и организационной деятельности министерства здравоохранения Самарской области (Степановой) обеспечить:

размещение настоящего приказа на официальном сайте министерства здравоохранения Самарской области в сети Интернет;

доведение настоящего приказа до сведения заинтересованных лиц.

3. Опубликовать настоящий приказ на официальном сайте Правительства Самарской области в информационно-телекоммуникационной сети Интернет, в средствах массовой информации.

4. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на департамент информатизации и организационной деятельности министерства здравоохранения Самарской области (Колесникова).

5. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

Министр здравоохранения
Самарской области



А.Е.Орлов

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

к приказу министерства здравоохранения

Самарской области

от 09.07.2025 № 11-М

форма

В министерство здравоохранения

Самарской области

от _____

фамилия, имя, отчество (при наличии)

(или законный представитель пациента, фамилия, имя, отчество (при наличии))

**Заявление на получение социальной услуги по обеспечению
лекарственными препаратами для медицинского применения,
медицинскими изделиями, специализированными продуктами лечебного
питания для детей-инвалидов с использованием электронного сертификата**

Я, _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) (или законный представитель пациента, фамилия, имя, отчество (при наличии), основание)

прошу предоставить мне с использованием электронного сертификата:

- лекарственные препараты по рецепту на лекарственные препараты для медицинского применения,
- медицинские изделия по рецепту на медицинские изделия,
- специализированные продукты лечебного питания для детей-инвалидов

(нужное подчеркнуть)

получение которых предусмотрено пунктом 1 части 1 статьи 6.2 Федерального закона от 17.07.1999 № 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» с использованием электронного сертификата, с учетом положений Федерального закона от 30.12.2020 № 491-ФЗ «О приобретении отдельных видов товаров, работ, услуг с использованием электронного сертификата».

Данные для формирования электронного сертификата:

1. Фамилия гражданина, включенного в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи	
---	--

(далее – Федеральный регистр)		
2. Имя		
3. Отчество (при наличии)		
4. Фамилия законного (уполномоченного) представителя гражданина (заполняется в случае подачи заявления законным (уполномоченным) представителем)		
5. Имя		
6. Отчество (при наличии)		
7. Адрес регистрации гражданина, включенного в Федеральный регистр, по месту жительства или месту пребывания		
8. Страховой номер индивидуального лицевого счета гражданина, включенного в Федеральный регистр, в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС)		
9. Номер полиса обязательного медицинского страхования		
10. Абонентский номер гражданина, включенного в Федеральный регистр, (его законного представителя), выделенный оператором подвижной радиотелефонной связи (при наличии)		

11. Номер национального платежного инструмента, предусмотренного законодательством Российской Федерации о национальной платежной системе гражданина, включенного в Федеральный регистр (его законного (уполномоченного) представителя) *	
12. Серия, номер рецепта	

*указывается номер карты (16 знаков), номер счета (20 знаков), реквизиты банка: наименование банка, ИНН, КПП, БИК

Достоверность данных подтверждаю.

Согласие на обработку персональных данных прилагается.

подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)

дата

Приложение
к заявлению на получение социальной
услуги по обеспечению лекарственными
препаратами для медицинского
применения, медицинскими изделиями,
специализированными продуктами
лечебного питания для детей-инвалидов
с использованием электронного
сертификата

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных)
документ, удостоверяющий личность: _____

(вид, серия, номер, дата выдачи документа, наименование выдавшего органа)
контактная информация: _____

(номер телефона, адрес электронной почты, почтовый адрес, адрес регистрации)
в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ
«О персональных данных», в целях получения социальной услуги по
обеспечению отдельными видами товаров с использованием электронного
сертификата (далее – социальная услуга) даю согласие министерству
здравоохранения Самарской области на обработку (действие (операцию) или
совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств
автоматизации или без использования таких средств с персональными
данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение,
уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование,
обезличение, блокирование, удаление, уничтожение) своих персональных
данных, иных сведений, представляемых (запрашиваемых) в связи с
рассмотрением заявления на получение социальной услуги по обеспечению
отдельными видами товаров с использованием электронного сертификата.

Настоящее согласие представляется мной на осуществление действий в
отношении моих персональных данных, включая совершение следующих
действий:

действие (операция) или совокупность действий (операций),
совершаемых с использованием средств автоматизации или без
использования таких средств, с персональными данными, включая сбор,

запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, при этом общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в Федеральном законе от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме. Отзыв настоящего согласия оформляется в свободной форме и направляется оператору способом, позволяющим подтвердить факт и дату направления.

Субъект персональных данных:

(дата)

(подпись)

(Ф.И.О.)

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

к приказу министерства здравоохранения

Самарской области

от 09.04.2015 № 11-Н

форма

В министерство здравоохранения
Самарской области

от _____
фамилия, имя, отчество (при наличии)

(или законный представитель пациента, фамилия, имя, отчество (при наличии))

**Заявление об отказе от приобретения лекарственных препаратов
для медицинского применения, медицинских изделий, а также
специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов
с использованием электронного сертификата**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) (или законный представитель пациента, фамилия, имя, отчество (при наличии), основание)

1. Фамилия гражданина, включенного в Федеральный регистр лиц, имеющих право на получение государственной социальной помощи (далее – Федеральный регистр)	
2. Имя	
3. Отчество (при наличии)	
4. Фамилия законного (уполномоченного) представителя гражданина (заполняется в случае подачи заявления законным (уполномоченным) представителем)	

5. Имя	
6. Отчество (при наличии)	
7. Страховой номер индивидуального лицевого счета гражданина, включенного в Федеральный регистр, в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС)	
8. Сведения о выданном электронном сертификате	

отказываюсь от приобретения по выписанному ранее рецепту с использованием электронного сертификата:

- лекарственных препаратов для медицинского применения,
 - медицинских изделий,
 - специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов
- (нужное подчеркнуть)*

Прошу прекратить процедуру оформления электронного сертификата или аннулировать выпущенный ранее электронный сертификат.

Согласие на обработку персональных данных прилагается.

подпись фамилия, имя, отчество (при наличии)

дата

Приложение
к заявлению об отказе от приобретения
лекарственных препаратов
для медицинского применения,
медицинских изделий, а также
специализированных продуктов лечебного
питания для детей-инвалидов
с использованием электронного
сертификата

СОГЛАСИЕ
на обработку персональных данных

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) субъекта персональных данных)
документ, удостоверяющий личность: _____

(вид, серия, номер, дата выдачи документа, наименование выдавшего органа)
контактная информация: _____

(номер телефона, адрес электронной почты, почтовый адрес, адрес регистрации)
в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ
«О персональных данных», в целях получения социальной услуги по
обеспечению отдельными видами товаров с использованием электронного
сертификата (далее – социальная услуга) даю согласие министерству
здравоохранения Самарской области на обработку (действие (операцию) или
совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств
автоматизации или без использования таких средств с персональными
данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение,
уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование,
обезличение, блокирование, удаление, уничтожение) своих персональных
данных, иных сведений, представляемых (запрашиваемых) в связи с
рассмотрением заявления на получение социальной услуги по обеспечению
отдельными видами товаров с использованием электронного сертификата.

Настоящее согласие представляется мной на осуществление действий в
отношении моих персональных данных, включая совершение следующих
действий:

действие (операция) или совокупность действий (операций),
совершаемых с использованием средств автоматизации или без
использования таких средств, с персональными данными, включая сбор,

запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, при этом общее описание вышеуказанных способов обработки данных приведено в Федеральном законе от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ «О персональных данных».

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме. Отзыв настоящего согласия оформляется в свободной форме и направляется оператору способом, позволяющим подтвердить факт и дату направления.

Субъект персональных данных:

(дата)

(подпись)

(Ф.И.О.)