**Об утверждении**

**формы документа о получении лекарственного препарата для медицинского применения, отпускаемого по рецепту на лекарственный препарат, лицом, указанным в рецепте (законным представителем, уполномоченным лицом),
в рамках эксперимента по осуществлению розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения, отпускаемыми по рецепту на лекарственный препарат, дистанционным способом**

В соответствии с пунктом 10 статьи 551 Федерального закона «Об обращении лекарственных средств» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2022, № …, ст. ……) **п р и к а з ы в а ю**:

1. Утвердить форму документа о получении лекарственного препарата для медицинского применения, отпускаемого по рецепту на лекарственный препарат, лицом, указанным в рецепте (законным представителем, уполномоченным лицом),в рамках эксперимента по осуществлению розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения, отпускаемыми по рецепту
на лекарственный препарат, дистанционным способом.

2. Настоящий приказ вступает в силу с 1 марта 2023 г. и действует до 1 марта 2026 г.

|  |  |
| --- | --- |
| Министр | М.А. Мурашко |

|  |
| --- |
| УТВЕРЖДЕНАприказом Министерства здравоохраненияРоссийской Федерацииот «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г. № \_\_\_\_ |

**Форма документа о получении лекарственного препарата для медицинского применения, отпускаемого по рецепту на лекарственный препарат, лицом, указанным в рецепте (законным представителем, уполномоченным лицом),
 в рамках эксперимента по осуществлению розничной торговли лекарственными препаратами для медицинского применения, отпускаемыми по рецепту на лекарственный препарат, дистанционным способом**

Ф.И.О. получателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (полностью)

Адрес доставки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование лекарственного (-ых) препарата (-ов) для медицинского применения (международное непатентованное, или группировочное, или химическое~~,~~ и торговое наименования) | Лекарст-венная форма | Дозировка | Фасовка | Кол-во | Цена | Сумма |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Итого: |  |

|  |
| --- |
| Я подтверждаю отсутствие претензий к аптечной организации **Подпись получателя/** |
| Я подтверждаю отсутствие претензий к лицу, осуществившему доставку лекарственного (-ых) препарата (-ов) **Подпись получателя/** |

|  |  |
| --- | --- |
| Дата доставки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Время доставки\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Подпись курьера\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Подпись получателя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |