



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

**П Р И К А З**

*29 декабря 2017 г.*



№ *1504*

Москва

Министерство юстиции Российской Федерации

**ЗАРЕГИСТРИРОВАНО**

Регистрационный № *50485*

от *23 марта 2018 г.*

**Об утверждении**

**формы заявки на поставку противовирусных лекарственных препаратов для медицинского применения, предназначенных для обеспечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, и формы заявки на поставку антибактериальных и противотуберкулезных лекарственных препаратов для медицинского применения, предназначенных для обеспечения лиц, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов**

В соответствии с пунктом 3 Положения об организации обеспечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, противовирусными лекарственными препаратами для медицинского применения и пунктом 3 Положения об организации обеспечения лиц, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, антибактериальными и противотуберкулезными лекарственными препаратами для медицинского применения, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2016 г. № 1512 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2017, № 2, ст. 344), **п р и к а з ы в а ю:**

Утвердить:

форму заявки на поставку противовирусных лекарственных препаратов для медицинского применения, предназначенных для обеспечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, согласно приложению № 1;

форму заявки на поставку антибактериальных и противотуберкулезных лекарственных препаратов для медицинского применения, предназначенных для обеспечения лиц, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, согласно приложению № 2.

Министр



В.И. Скворцова

Приложение № 1  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от «29» декабря 2017 г. № 1150Н

Форма

УТВЕРЖДАЮ

(руководитель Федерального медико-биологического агентства, Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральной службы исполнения наказаний, органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья)

(подпись)

(расшифровка подписи)

(дата)

**Заявка\***

**на поставку противовирусных лекарственных препаратов для медицинского применения, предназначенных для обеспечения лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека, в том числе в сочетании с вирусами гепатитов В и С, включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов**

Наименование уполномоченного органа, представившего заявку:

Адрес, телефон, факс, адрес электронной почты уполномоченного органа, представившего заявку:

Полное наименование организации-получателя, Ф.И.О. контактного лица, телефон:

Адрес места поставки, полное наименование организации, телефон, адрес электронной почты:

Период поставки с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года по «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного препарата (при его отсутствии группировочное или химическое наименование), лекарственная форма, дозировка	Единица измерения (таблетка, капсула или иное)	Численность лиц, нуждающихся в обеспечении лекарственным препаратом	Переходящий остаток на 1 января 20__ года	Потребность в лекарственном препарате			Примечание	
					Общее количество лекарственного препарата	в том числе			
						для начинающих лечение	для продолжающих лечение		для профилактики заражения
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1									

\* – формируется на основании данных, заполненных в приложении к заявке

Исполнитель \_\_\_\_\_

(должность)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Дата составления заявки: «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.





Схемы лечения	Численность лиц, нуждающихся в обеспечении лекарственным препаратом	Международное непатентованное наименование лекарственного препарата (при его отсутствии группировочное или химическое наименование)	Единица измерения (таблетка, капсула или иное)	Лекарственная форма	Дозировка	Кратность применения лекарственного препарата (например: один раз в день, два раза в день)	Потребность в лекарственном препарате (общее количество)	Примечание
вирусом иммунодефицита человека в сочетании с вирусом гепатита С (2, 3 генотипы)								

Исполнитель \_\_\_\_\_

(должность)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Дата составления заявки: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Приложение № 2  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от «29» декабря 2017 г. № 1150Н

Форма

УТВЕРЖДАЮ

\_\_\_\_\_  
(руководитель органа исполнительной  
власти субъекта Российской Федерации  
в сфере охраны здоровья)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_  
(дата)

**Заявка**

**на поставку антибактериальных и противотуберкулезных лекарственных препаратов для медицинского применения  
предназначенных для обеспечения лиц, больных туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя,  
включенных в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов**

Наименование уполномоченного органа, представившего заявку:

\_\_\_\_\_  
Адрес, телефон, факс, адрес электронной почты уполномоченного органа, представившего заявку:

\_\_\_\_\_  
Полное наименование организации-получателя, Ф.И.О. контактного лица, телефон:

\_\_\_\_\_  
Адрес места поставки, полное наименование организации, телефон, адрес электронной почты:

\_\_\_\_\_  
Период поставки с «  »    20   года по «  »    20   года



№ п/п	Международное непатентованное наименование лекарственного препарата (при его отсутствии, группировочное или химическое наименование), лекарственная форма, дозировка	Единица измерения (таблетка, капсула или иное)	Численность лиц, нуждающихся в обеспечении лекарственным препаратом	Потребность в лекарственном препарате (общее количество)
1	2	3	4	5
1				

Исполнитель

\_\_\_\_\_ (должность) \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Дата составления заявки: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.