

**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

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от « ___ » _____ 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)	Лекарственная 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 _____