Ректору ВНМУ ім. М. І. Пирогова

професору В.М.Морозу

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ПІБ)

Лікаря-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (назва спеціальності)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(назва лікувального закладу)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(сел., або місто)

 Адреса:

 Тел.:

**Заява**

 Прошу надати одноразову адресну грошову допомогу відповідно до наказу МОЗ України від 25.05.12р. №390.

 Додатки:

1)Заява за поданим зразком (написана від руки).

2) Договір з лікувальною установою (кожна сторінка завірена печаткою лікувального закладу).

3)Копія трудової книжки (кожна сторінка завірена печаткою лікувального закладу).

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ р. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис)