

Миколаївському міському голові
Олександру СЕНКЕВИЧУ

ПІБ _____

Статус _____

адреса зареєстрованого місця
проживання _____

адреса фактичного місця проживання

тел. _____

ЗАЯВА

Прошу Вас поставити мене на чергу та відшкодувати вартість зубопротезування з дороговартісних матеріалів з супроводжуючим лікуванням по надходженню фінансування за рахунок коштів бюджету Миколаївської міської територіальної громади, як особі, яка безпосередньо приймала участь в АТО/ООС, Захисникам та Захисницям України, членам сімей загиблих (померлих) в АТО/ООС та Революції Гідності, Захисників та Захисниць України.

Попереджений (а) :

- 1) у разі перевищення граничної суми відшкодування вартості послуги - залишок сплачує отримувач за власний рахунок;
- 2) не пізніше 20 робочих днів з дня звернення, отримувач послуги підписує тристоронній договір про відшкодування вартості зубопротезування з дороговартісних матеріалів з супроводжуючим лікуванням, згідно черговості.

Дата

Підпис