**Ф-01–554/11/45**

Додаток 1

до Порядку надання адресної грошової допомоги пільговим категоріям громадян для придбання лікарських засобів, препаратів та виробів медичного призначення

Директору департаменту соціальної політики

Луцької міської ради

**Прізвище**

Іванов

**Ім’я**

Іван

**По батькові**

Іванович

**Адреса**

м.Луцьк

Перемоги, 22/2

**Пенсійне посвідчення**

11111

**З А Я В А**

Прошу відшкодувати кошти за придбані лікарські засоби, препарати та вироби медичного призначення  (потрібне підкреслити)

в сумі\_\_\_\_\_\_\_1000,00 грн (одна тисяча грн., 00 коп.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Надаю згоду на обробку моїх персональних даних виключно з метою відшкодування коштів за придбані лікарські засоби.

У разі виникнення обставин, що можуть вплинути на надання грошової компенсації (зміна банківських реквізитів, смерть пільговика, зміна місця реєстрації /проживання тощо) зобов’язуюсь повідомити департамент протягом 10 днів з моменту виникнення таких обставин.

\_\_\_01.01.2022\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_Іванов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата Підпис

|  |
| --- |
| Заяву та документи на \_\_\_\_\_\_\_\_ аркушах прийнято «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_р. та зареєстровано в реєстрі під № \_\_\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «Ознайомився»\_\_\_\_\_Іванов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище та підпис відповідальної особи) (підпис заявника, законного представника) |
| **Лінія відрізу** |
| Заяву та документи на \_\_\_\_\_\_\_\_ аркушах прийнято «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_р. та зареєстровано в реєстрі під № \_\_\_\_\_\_.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «Ознайомився»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (прізвище та підпис відповідальної особи) (підпис заявника, законного представника) |