**Ф-01-11.9-2/34**

Директору департаменту соціальної та ветеранської політики Луцької міської ради

Прізвище

**Іванюк**

Ім’я

**Іван**

По батькові

**Іванович**

Адреса

**м.Луцьк**

**пр-т Волі, 4а/1**

Телефон

**050 1111111**

Ідентифікаційний код

**1111111111**

**З А Я В А**

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

в сумі\_\_\_\_**1000 грн**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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.

\_\_**01.01.2024**\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_**Іванюк**\_\_\_\_\_

 Дата Підпис

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