

Форма заявления на предоставление платных услуг в ГБУЗ «ВОКНД»
по льготным ценам

_____ (наименование должности руководителя
структурного подразделения ГБУЗ «ВОКНД»)

_____ (ФИО руководителя структурного подразделения
ГБУЗ «ВОКНД»)

ФИО _____

адрес: _____

телефон: _____

Заявление
на предоставление платных медицинских услуг в ГБУЗ «ВОКНД»
по льготным ценам

Прошу Вас предоставить мне платную услугу

_____ (наименование платной услуги)
по цене _____, так как я отношусь к следующей категории
граждан _____,
(наименование категории граждан)
что подтверждается копией _____
(наименование документа)

Приложение: копия документа, подтверждающего право на получение платных
услуг по льготным ценам.

Документы предоставлены мною добровольно. Даю согласие на обработку
персональных данных.

дата: _____ ФИО _____
подпись заявителя

Предоставить платную услугу по льготной цене/ Отказать
(нужное подчеркнуть)

Наименование должности
руководителя подразделения _____ ФИО
подпись