|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 2  к Порядку предоставления услуг по бесплатному зубопротезированию и  обеспечению другими протезно-ортопедическими изделиями  льготных категорий граждан города Докучаевска  (пункт 2.3)  Главному врачу  Центральной городской больницы  г. Докучаевска Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф.И.О.)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  зарегистрированного по адресу:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (данные паспорта, когда,  кем выдан)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о постановке на очередь на бесплатное зубопротезирование и бесплатное**

**обеспечение другими протезно-ортопедическими изделиями**

Прошу поставить меня на очередь на бесплатное зубопротезирование (бесплатное обеспечение другими протезно-ортопедическими изделиями) в ЦГБ г. Докучаевска МЗ ДНР, так как я нуждаюсь в бесплатном зубопротезировании (бесплатном обеспечении другими протезно-ортопедическими изделиями)

Имею статус \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер и дата выдачи льготного удостоверения)

Прилагаю:

копию паспорта;

копию льготного удостоверения;

копию справки управления труда и социальной защиты населения администрации г. Докучаевска, подтверждающей право на льготу.

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

Дата приема заявления Подпись

Даю согласие на обработку моих персональных данных.

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

(Дата) (Подпись)

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

Регистрационный

номер заявления Дата приема заявления Подписьответственного

работника

----------------------------------------------------------------------------------------------------

Линия отреза

Расписка о принятии документов на очередь для бесплатного зубопротезирования (бесплатного обеспечения другими протезно-ортопедическими изделиями)

Мною, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, приняты документы

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись).

Главный врач

ЦГБ г. Докучаевска МЗ ДНР \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_С.П. Скрипаль