**Ф-01/ІК-63/11/39**

**Департамент соціальної політики Луцької міської ради \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

постраждалого внаслідок аварії на ЧАЕС \_1\_\_ категорії, посвідчення серія \_\_A\_\_\_\_ номер \_\_\_1111111\_\_\_\_\_\_\_\_\_

видане Волинською облдержадміністрацією

від «\_\_19\_\_\_» \_\_\_січня\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_2019\_р.

**Прізвище**

Іванов

**Ім’я**

Іван

**По батькові**

Іванович

**Адреса**

м. Луцьк, просп.. Перемоги, 22/7

**Телефон**

050 11 11 111

**Виплата через (банк/поштою)**

Приватбанк

**Рахунок**

UA 11 11111 11111111111111111111

**Ідентифікаційний код**

1111111111

**З А Я В А**

Прошу відшкодувати кошти за придбані лікарські засоби в сумі \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1000 грн (одна тисяча грн.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

**Перелік документів, що додаються:**

1. Оригінал касового чека.
2. Оригінал рецепта № \_\_\_111\_\_\_ від \_\_\_01.12.2020\_\_\_.

\_\_\_01.01.2021\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_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) |