Міському голові

 Костіну Т.В.

 Прізвище, ім’я, по батькові подавача заяви

 Адреса

 Телефон

Соціальний стан (пільги, група інвалідності)

 ЗАЯВА

Прошу надати клопотання на мою госпіталізацію до Українського державного медико-соціального центру ветеранів війни в с. Циблі у зв’язку з погіршенням мого стану здоров’я.

До заяви додаю:

 копію паспорта (1,2, 11 ст),

 довідку з лікарні,

копію посвідчення учасника бойових дій (ветерана праці).

Даю згоду на обробку, використання та зберігання моїх персональних даних у межах, необхідних виконання звернення.

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

дата підпис прізвище, ініціали