Председателю комиссии по оказанию материальной помощи ИНХ СО РАН

д.х.н. Костину Г.А.

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(должность, подразделение, ФИО полностью)*

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу оказать материальную помощь в связи c частичным возмещением затрат на амбулаторное и стационарное лечение и/или частичным возмещением стоимости приобретенных лекарственных препаратов для медицинского применения, назначенных лечащим врачом

Прошу перечислить материальную помощь в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

*(указать полные реквизиты счета, можно узнать в бухгалтерии)*

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(подпись) (расшифровка)*