Приложение 1

к Порядку предоставления работникам муниципальных образовательных организаций города Барнаула компенсации
на возмещение стоимости путевок на санаторно-курортное лечение в санато-риях, профилакториях, распо-ложенных на территории Алтайского края, и на оздоровление

В комиссию по предоставлению работникам муниципальных образовательных организаций города Барнаула компенсации на возмещение стоимости путевок на санаторно-курортное лечение в санаториях, профилакториях, расположенных на территории Алтайского края, и на оздо-ровление, а также по распре-делению путевок на санаторно-курортное лечение педагоги-ческим работникам

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

 (фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)

 работника муниципальной образовательной

 организации)

|  |
| --- |
| зарегистрированного(-ой) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_проживающего(-ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_паспорт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении компенсации на возмещение стоимости путевки на санаторно-курортное лечение в санатории, профилактории, расположенном на территории Алтайского края, и на оздоровление

Прошу предоставить компенсацию на возмещение стоимости путевки
 на санаторно-курортное лечение (оздоровление) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
 (наименование санаторно-курортной организации, иной медицинской организации)

расположенную по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (адрес на территории Алтайского края)

Сообщаю реквизиты счета, открытого в банке или иной кредитной организации, на который прошу перечислить денежные средства:

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Корреспондентский счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Счет получателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование банка получателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Перечень прилагаемых к заявлению документов:

|  |
| --- |
|  |

Копия паспорта или иного документа, удостоверяющего личность;

|  |
| --- |
|  |

Медицинская справка по форме № 070/У-04, утвержденной приказом

Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.12.2014
 №834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской
 документации, используемых в медицинских организациях,
 оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях,
 и порядков по их заполнению» (для санаторно-курортного лечения),
 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

|  |
| --- |
|  |

Направление врача на прохождение процедур оздоровления
 (для оздоровления) от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

|  |
| --- |
|  |

Справка с постоянного места работы от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

|  |
| --- |
|  |

Решение общего собрания трудового коллектива;

|  |
| --- |
|  |

Согласие на обработку персональных данных;

|  |
| --- |
|  |

Согласие на обработку персональных данных, разрешенных
 для распространения.

О принятых в соответствии с Порядком предоставления работникам муниципальных образовательных организаций города Барнаула компенсации на возмещение стоимости путевок на санаторно-курортное лечение в санаториях, профилакториях, расположенных на территории Алтайского края, и на оздоровление решениях прошу уведомить (сделать отметку в поле слева от выбранного способа уведомления):

|  |  |
| --- | --- |
|      | по почте (почтовый адрес): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
|    | по электронной почте (адрес электронной почты): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Достоверность и полноту сведений, указанных в настоящем заявлении и прилагаемых к нему документах, подтверждаю.

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

 (дата) (подпись) (ФИО заявителя)

Заявление с приложенными к нему документами в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ экземпляров принято «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г., зарегистрировано под № \_\_\_\_\_\_\_\_.

Секретарь комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О. секретаря)