

Бердянська міська військова адміністрація
Бердянського району Запорізької області

(прізвище, ім'я, по батькові заявника)

(дата народження)

(серія та номер паспорта, ким виданий)

(zareestrowane місце проживання)

(фактичне місце проживання)

(номер телефону)

ЗАЯВА
про надання грошової компенсації військовослужбовцям та
ветеранам війни за зубопротезування

Прошу надати мені грошову компенсацію за зубопротезування у зв'язку з перевищення граничної суми витрат, які передбачені відповідною державною програмою.

До заяви додаю:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
7. _____

«____» _____ 20____ року

(підпис заявника)

Я, _____,

(прізвище, ім'я, по батькові заявника)

несу персональну відповідальність за достовірність наданих документів та даю згоду на використання та обробку персональних даних за умови забезпечення їх захисту відповідно до вимог Закону України "Про захист персональних даних".

_____ 20____ року

(підпис заявника)

(відривний корінець)

Заяву та документи на ____ аркушах прийнято _____ 20____ року.

(підпис)

(ініціали та прізвище відповідальної особи)