Приложение N 2 к Порядку предоставления льготного зубопротезирования гражданам пожилого возраста проживающим в Курской области

от "_____"_____ 2020 г.
Главному врачу ОБУЗ "КОСП"
Л.П. Драган
от _____
(фамилия, имя, отчество)
_____
_____,
(категория)
постоянно проживающего(ей)
по адресу:
_____
_____
паспорт серия _____ N _____
выдан _____
_____
тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

В соответствии с постановлением Администрации Курской области от "20" сентября 2012г. N 796-па, прошу произвести протезирование (ремонт) зубных протезов и осуществить мне возмещение затрат по изготовлению (ремонту) зубных протезов в размере установленном законодательством.

Сообщаю, что за последние 3 года льготное зубопротезирование за счет средств областного бюджета мне не проводилось.

Я предупрежден(а) об ответственности за достоверность сведений, содержащихся в представленных (представляемых) документах.

Денежные средства перечислять на следующие реквизиты:
Р/С _____,
К/С _____,
КПП/ИНН _____,
(банка получателя)
ОГРН_____БИК_____,
Наименование кредитной организации _____,
Идентификационный номер налогоплательщика _____.

Даю согласие на обработку своих персональных данных в информационных системах Комитета, территориального фонда обязательного медицинского страхования и федерального фонда в соответствии с требованиями Федерального закона Российской Федерации от 27.07.2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных".

Приложение:
1. Копия паспорта
2. Справка из ПФ РФ о размере пенсии
3. Копия трудовой книжки;
4.Справка из банка о реквизитах счета.

"_____"_____ 2020 г.

_____/_____
(подпись)

Заявление зарегистрировано в журнале по
_____
(район, город)
N _____ "_____" _____ 2020 г.