

§6. Приложение обр.6

ДО ОБЩИНСКИ ФОНД ЗА АСИСТИРАНА РЕПРОДУКЦИЯ И ЛЕЧЕНИЕ НА РЕПРОДУКТИВНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ОБЩИНА СЛИВЕН

ЗАЯВЛЕНИЕ

1 .отЕГН:

(трите имена)

постоянен адрес : обл....., общ , гр.с..... ,
ул./ж.к. ,, ”, №....., бл ,
вх. ” ”, ет , ап.....

2.отЕГН:

(трите имена)

постоянен адрес : обл....., общ , гр.с..... ,
ул./ж.к. ,, ”, №....., бл ,
вх. ” ”, ет , ап.....

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН ПРЕДСЕДАТЕЛ,

С настоящото моля/молим да заявите пред Кмета на Община Сливен изплащането на сумата общо:

..... (.....) лева,

(сумата се посочва цифром и словом, в размер до 5000 лева)

представляваща реално направените от нас разходи за дейности предвидени в чл.14, ал.2 и ал.3 от Правила на Програма за организация и реда на работа на Общински фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания на семейства, двойки във фактическо съжителство и жени без партньор, живеещи на територията на Община Сливен, като поискате изплащане на:

1.ЕГН:

(трите имена)

постоянен адрес : обл....., общ , гр.с..... ,
ул./ж.к. ,, ”, №....., бл ,
вх. ” ”, ет , ап.....

сумата: (.....) лева.

(сумата се посочва цифром и словом)

на каса / по сметка IBAN.....

вярното се подчертава

и на:

2.ЕГН:

(трите имена)

постоянен адрес : обл....., общ , гр.с..... ,
ул./ж.к. ,, ”, №....., бл ,
вх. ” ”, ет , ап.....

сумата: (.....) лева.

(сумата се посочва цифром и словом)

на каса / по сметка IBAN.....

вярното се подчертава

За установяване на направените разходи и наличие на условията за изплащане на

отпуснатите суми прилагаме и молим при разглеждане на заявлението да вземете предвид следните документи, заверени от нас с гриф: „вярно с оригинала” и саморъчен подпис:

- Фактури и медицинска документация, съдържаща пълно описание и стойност на извършените дейности и използваните лекарствени продукти, издадени от съответното акредитирано медицинско заведение.

- Заверени преписи от решението по чл.9 и чл.13 от от Правила на Програма за организация и реда на работа на Общински фонд за асистирана репродукция и лечение на репродуктивни заболявания на семейства, двойки във фактическо съжителство и жени без партньор, живеещи на територията на Община Сливен.

С уважение:

1.
подпис

2.
подпис