В ОГБУСО «Комплексный центр социального обслуживания населения Казачинско-Ленского района» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование комплексного центра)

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

 (Ф.И.О. гражданина)

Проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

**об оказании услуги по доставке в медицинскую организацию**

Прошу Вас оказать мне услугу по доставке в ОГБУЗ «Казачинско-Ленская РБ»\_\_(фельдшерский пункт)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации)

Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.

На обработку персональных данных о себе в соответствии с Федеральным Законом от 27 июля 2006 года № 152 – ФЗ «О персональных данных» согласен / не согласен (нужное подчеркнуть).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_+\_\_\_\_2020 г.

(подпись) (Ф.И.О.) (дата заполнения заявления)

Отметка о получении услуги

Услугу по доставке в медицинскую организацию получил(а)«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., подпись)