

Главному врачу ГБУЗ «ДГП № 91 ДЗМ»

Е.С.Роговой

От родителя (законного представителя)

\_\_\_\_\_

(ФИО)

\_\_\_\_\_

(адрес проживания, телефон)

### Заявление.

Прошу Вас предоставить льготу при оплате платных медицинских услуг, оказанных в ГБУЗ «ДГП № 91 ДЗМ» моему ребенку: \_\_\_\_\_

(ФИО, год рождения)

В размере \_\_\_\_\_ % на основании того, что он (она) относится к льготной категории граждан: \_\_\_\_\_

(ребенок-инвалид, ребенок-сирота, оставшийся без попечения родителей, ребенок из многодетной семьи)

Необходимые документы прилагаю:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Число

Подпись