

Начальнику управління соціального захисту населення

РДА

Від _____
(вказати П.І.Б.)

Проживаючого за адресою _____

ЗАЯВА

Відповідно до постанови КМУ № 309 від 27.03.2019 (зі змінами відповідно до постанови Кабінету міністрів України № 994 від 04.12.2019р) прошу заключити договір на проведення реабілітаційного лікування моєї дитини _____

(вказати П.І.Б.дитини, дату та рік народження та діагноз)

в медичному центрі **«ТОВ «Центр Приорітет»**

ЄДРПОУ 41940203

р\р 26002878824965

Банк ПАТ «Укрсиббанк»

МФО 351005

Адреса юридична: 04208, Київ, пр-т Василя Порика,буд 13-б

Адреса місцезнаходження: 04208, Київ, пр-т Василя Порика,буд 13-б

Тел: +38(044) 364-20-04

або в ПП **«Центр стимуляції мозку»**

ЄДРПОУ 38536598

п/р UA303206490000026005052751372

Банк ФІЛІЯ "РОЗРАХУНКОВИЙ ЦЕНТР" ПАТ КБ "ПРИВАТБАНК"

МФО 320649

Адреса юридична: 04215, м.Київ, пр-т Свободи, будинок № 30 А, кв.114

Адреса місцезнаходження: 04208, Київ, пр-т Василя Порика,буд 13-б

Тел: +38(044) 364-20-04

Перелік доданих документів:

1. Паспорт _____

2. Свідоцтво про народження _____

3. _____

4. _____

(Дата)

(Підпис)