Приложение 3

к Порядку предоставления

денежной компенсации расходов на оплату

стоимости проезда к месту получения

медицинской помощи и обратно

УВЕДОМЛЕНИЕ

о положительном рассмотрении вопроса о предоставлении денежной компенсации расходов на оплату стоимости проезда к месту получения медицинской помощи

и обратно

Настоящее уведомление выдано

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

(Ф.И.О. гражданина)

Ваше обращение в адрес главы Березовского района от \_\_\_\_\_\_20\_\_г. вх. №\_\_\_\_ рассмотрено.

Результат рассмотрения: назначение денежной компенсации.

Перечисление денежной компенсации расходов на оплату стоимости проезда к месту получения медицинской помощи и обратно будет осуществлено на указанный Вами номер лицевого счета в сроки, определенные Порядком предоставления денежной компенсации расходов на оплату стоимости проезда к месту получения медицинской помощи и обратно, утвержденным постановлением администрации Березовского района от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_2018 № \_\_\_\_\_

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

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

(должность ответственного лица) (подпись) (расшифровка подписи)

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

Подпись заявителя (в случае личного получения уведомления):

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_года.

Исп. Ф.И.О., должность, контактный телефон