|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|

|  |
| --- |
| Директору ГБУ «ЦДП в г. Владикавказ»Хетагуровой М.К. |
| от |  |
|  | фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина |
|  |
|  |
| (адрес получателя услуг) |
|  |
| (контактный телефон) |

Входящий № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_ г. **Заявление**о предоставлении дополнительных платных услугПрошу предоставить мне дополнительную платную услугу в виде:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Достоверность и полноту настоящих сведений подтверждаю.На обработку персональных данных о себе в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ "О персональных данных" для включения в реестр получателей социальных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (согласен/ не согласен)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2015 г. подпись дата заполненияСтоимость предоставляемой услуги \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Итого:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
|  |

 |  |  |