Директору филиала

УУНиТ в г. Кумертау

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

(фамилия, инициалы)

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

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

(фамилия, имя, отчество)

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

(подразделение)

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

(должность)

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

(телефон)

Заявление

 В соответствии с п.2.1.2. Положения о порядке и условиях оказания материальной помощи работникам Университета, прошу оказать материальную помощь в связи ***перенесенной медицинской операцией*** (**с** **приобретением дорогостоящих лекарств при длительном лечении (более 1 месяца)**.

 Приложения: копии подтверждающих документов медучреждения о перенесенной операции или выписки из истории болезни; копии договора об оказании платных медицинских услуг (при наличии), копии документов об их оказании и оплате (при наличии), копии листков нетрудоспособности и кассовых (товарных) чеков, подтверждающих факт приобретения лекарственных препаратов.

Подпись

Дата