|  |  |
| --- | --- |
| Согласовано\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование медицинской организации)Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество (при наличии)«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.МП | Министерство здравоохранения Камчатского краяот специалиста: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество (при наличии)адрес для отправки почтового уведомления:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_СНИЛС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Заявление

Прошу предоставить мне ежегодное денежное пособие в связи с окончанием \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года работы в медицинской организации в

 первого, второго, третьего

размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей в соответствии с постановлением Правительства Камчатского края от 26.07.2010 № 330-П «Об утверждении Положения о ежегодном денежном пособии специалистам из числа врачей медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Камчатского края, расположенных в отдельных населенных пунктах Камчатского края».

С условиями назначения ежегодного денежного пособия ознакомлен(а) и согласен(на).

Приложение:

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ (подпись, расшифровка подписи)».