|  |  |
| --- | --- |
| Согласовано  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование медицинской организации)  Главный врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  фамилия, имя, отчество (при наличии)  «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.  МП | Министерство здравоохранения Камчатского края  от 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)».