|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Во Всероссийскую общественную организацию ветеранов «БОЕВОЕ БРАТСТВО»** | | | | | | | | | | |
| от |  | | | | | | | | | |
|  | (воинское звание) | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| (фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя) | | | | | | | | | | |
| Дата рождения | | | | | | |  | | | |
| Место рождения | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Документ, удостоверяющий личность: | | | | | | | | | | |
| *вид документа* | | | | | |  | | | | |
| *серия* | |  | | *№* | | | | |  | |
| *выдан* | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| *(наименование органа, выдавшего документ)* | | | | | | | | | | |
| *дата выдачи* | | | | |  | | | | | |
| Удостоверение ветерана (инвалида) боевых действий (иное): | | | | | | | | | | |
| *вид документа* | | | | | | |  | | | |
| *серия* | |  | | *№* | | | | |  | |
| *выдан* | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| *(наименование органа, выдавшего документ)* | | | | | | | | | | |
| *дата выдачи* | | | | |  | | | | | |
| Проживающего по адресу: | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | |
| Телефон: | | |  | | | | | | | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу направить меня на комплексное реабилитационное лечение за счет средств Всероссийской общественной организации ветеранов «БОЕВОЕ БРАТСТВО», **выделяемых в субсидированном порядке из федерального бюджета Российской Федерации.**

**Возможные периоды лечения в 20\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Приложения:

(перечислить все документы, прилагаемые к настоящему заявлению)

Настоящим подтверждаю, что противопоказаний для направления на комплексное реабилитационное лечение не имею.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись расшифровка подписи