|  |
| --- |
| **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