|  |  |
| --- | --- |
|  | В администрацию городского округа Тольятти |
|  |
| (фамилия, имя, отчество) |
| Данные документа, удостоверяющего личность: паспорт гражданина Российской Федерации |
|  |
| (серия, номер, кем выдан, дата выдачи) |
| зарегистрированного по месту жительства по адресу: |
|  |
|  |
|  |
| Контактный телефон: |  |
|  |
| ЗАЯВЛЕНИЕ |
|  |
| Прошу предоставить денежную выплату студенту высшего учебного заведения (ординатору), обучающемуся по медицинской специальности и заключившему договор о целевом обучении с государственным учреждением здравоохранения, подведомственным министерству здравоохранения Самарской области, расположенным на территории городского округа Тольятти. |
| Договор о целевом обучении заключен с |  |
|  | (наименование учреждения здравоохранения) |
| Платежные реквизиты получателя: |
| Номер счета, открытого в кредитной организации: |  |
| Наименование кредитной организации: |  |
| К/с: |  |
| БИК: |  |
| ИНН: |  |
| Уведомлен(а) о порядке предоставления и основаниях прекращения названной денежной выплаты, а также об обязанности сообщить в ДСО в письменной форме о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение предоставления денежной выплаты, путем своевременного предоставления заявления. |
| "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. |
|  | / |  |  |
| (подпись заявителя) |  | (расшифровка подписи) |  |