**Ректору ФГБОУ ВО МГППУ**

**Марголису А.А.**

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подразделение)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу оплатить мне стоимость услуги обязательного психиатрического освидетельствования работников, осуществляющих отдельные виды деятельности врачебной комиссией психоневрологического диспансера в размере \_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) 00 копеек.

Отчетные финансовые документы прилагаются (договор оказания платных медицинских услуг, акт об оказании услуг, кассовый чек).

«\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

РЕЗОЛЮЦИЯ РУКОВОДИТЕЛЯ:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Дата