**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