**Во Всероссийскую общественную органи-зацию ветеранов «БОЕВОЕ БРАТСТВО**»

от

(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:

|  |  |
| --- | --- |
| вид документа |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| серия |  | № |  |

|  |  |
| --- | --- |
| выдан |  |
|  | (наименование органа, выдавшего документ, дата выдачи) |

Проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу направить меня на восстановительное лечение за счет средств Всероссийской общественной организации ветеранов «Боевое братство», **выделяемых в субсидированном порядке из федерального бюджета РФ.**

**Возможные периоды лечения в 2017 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Приложение:

(Перечислить все документы, прилагаемые к настоящему заявлению)

Настоящим подтверждаю, что в другие общественные организации и государственные органы за получением направления на восстановительное лечение или путевки в санаторно-курортные учреждения не обращался, противопоказаний для направления на восстановительное лечение не имею.

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

 подпись расшифровка подписи