|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 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) | | |  | | |