

В Правлении ПОО «Чернобыль -Атом»

От ликвидатора ЧАЭС

(ф.и.о.)

№ удостоверения ликвидатора аварии
на ЧАЭС

От _____

З А Я В Л Е Н И Е

Прошу оказать материальную помощь на оплату (лекарственных препаратов, медицинских услуг или стоматологических услуг).

Дата _____

Подпись _____

ОБЯЗАТЕЛЬНО ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ !

1.	Фамилия Имя Отчество	
2.	Паспорт серия, номер кем и когда выдан	
3.	Дата рождения	
4.	Адрес постоянного места жительства	
5.	ИНН	