Приложение 2 к Договору

№ \_\_\_\_\_ от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование поставщика социальных услуг,

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

в который предоставляется заявление

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

(фамилия, имя, отчество гражданина, дата рождения)

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

(фамилия, имя, отчество законного представителя

гражданина)\*

Заявление

о предоставлении дополнительных медицинских услуг

Прошу предоставить следующие дополнительные услуги:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование услуги | Количество  (объем) услуг, шт. | Тариф (цена) за единицу услуги, руб. | Дата предоставления услуги  (периодичность,  период) |
| Услуги сверх объемов, определенных стандартами социальных услуг  в соответствии с постановлением Правительства Тюменской области от 03.10.2014 № 510-п | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Дополнительные услуги, не предусмотренные индивидуальной программой  предоставления социальных услуг | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

На обработку персональных данных о себе и представляемом гражданине в соответствии со статьей 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(согласен/не согласен)*

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

*дата подпись Ф.И.О.*

*\* заполняется в случае подачи заявления законным представителем гражданина*