Приложение N 1

к Порядку

предоставления социальной выплаты

для возмещения части процентной ставки

по ипотечным жилищным кредитам, привлеченным

медицинскими работниками государственных

учреждений здравоохранения, расположенных

на территории Калужской области

┌──────────────────────────────────────┐

│Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │

│\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ │

│(подпись лица, принявшего заявление) │

└──────────────────────────────────────┘

В министерство здравоохранения

Калужской области

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

(фамилия, имя, отчество получателя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

адрес для письменного сообщения:

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

(населенный пункт, улица, дом, квартира)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

телефон дом.: \_\_\_\_\_\_\_\_, раб.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить мне социальную выплату для возмещения части

процентной ставки по ипотечному жилищному кредиту, привлеченному мною в

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. С Порядком предоставления социальной выплаты для

возмещения части процентной ставки по ипотечным жилищным кредитам,

привлеченным медицинскими работниками государственных учреждений

здравоохранения, расположенных на территории Калужской области, ознакомлен.

Социальную выплату прошу перечислять на счет N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(наименование кредитной организации)

Подтверждаю, что сведения, содержащиеся в настоящем заявлении,

являются верными на нижеуказанную дату. Обязуюсь в течение двух дней

уведомить министерство здравоохранения Калужской области об изменении

указанных сведений, а также о расторжении или прекращении кредитного

договора, расторжении трудового договора с государственным учреждением

здравоохранения, расположенного на территории Калужской области.

Приложение:

(указываются документы, предусмотренные пунктом 3.1 Порядка, с указанием

количества листов)

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

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

Подпись получателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_ г.