

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2
к Порядку предоставления в 2019 году
единовременной компенсационной
выплаты медицинским работникам
с высшим или средним медицинским
образованием, заключившим трудовой
договор с краевым государственным
учреждением здравоохранения

Форма

В министерство здравоохранения
Хабаровского края

от _____
(фамилия, имя,

отчество (последнее при наличии),

должность,

номер контактного телефона)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу заключить со мной договор на получение единовременной компенсационной выплаты в размере _____ (_____) рублей. Единовременную компенсационную выплату прошу перечислить по следующим реквизитам:

Банк _____ ;
БИК _____ ;
ИНН _____ ;
КПП _____ .
Расчетный счет _____ .

Согласие на обработку персональных данных прилагаю.

Приложение: на ___ листах.

(дата)

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии))

Министр здравоохранения края

А.В. Витько