Директору МБУ «Комплексный центр

 Социального обслуживания населения»

 Могильниковой Г.А.

 От гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Дата, месяц и год рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Проживающего по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Паспортные данные:

 (серия, номер) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата выдачи) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (кем выдан) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 Прошу предоставить мне дополнительные платные услуги занятий адаптивной физической культурой в отделении реабилитации инвалидов, расположенного по адресу: г.Златоуст, ул. Полетаева, д.7, на временной основе с «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 года по «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 года в количестве \_\_\_\_\_\_\_ занятий в неделю.

 С условиями приема, снятия с обслуживания, порядком оплаты, правилами поведения, сроком и порядком обслуживания, показаниями и противопоказаниями для занятий адаптивной физической культурой ознакомлен (а) и согласен (а).

 Настоящим подтверждаю, что по состоянию здоровья не имею противопоказаний к занятиям адаптивной физической культурой, в том числе на тренажерах.

 Даю согласие на обработку, использование и хранение персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении.

 Дата заполнения Подпись заявителя