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