

В ГУ — Мурманское региональное отделение Фонда социального страхования РФ

От _____
(Ф.И.О. полностью)
проживающего _____
(почтовый индекс и домашний адрес)
дом тел. _____ моб. телефон _____
СНИЛС _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу оплатить **проезд к месту санаторно-курортного лечения и обратно**

_____ согласно Программе реабилитации пострадавшего от _____ № _____
о нуждаемости в санаторно-курортном лечении.

Являюсь инвалидом _____ группы.

Не получал/а оплату на проезд, воспользовавшись правом выбора, бесплатно или на льготных основаниях в соответствии с действующими Федеральными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Трудовое увечье /профессиональное заболевание получил /а/ во время работы в _____

_____ (указывается наименование предприятия (организации), на котором получено трудовое увечье/профессиональное заболевание)

В настоящее время не /или/ работаю _____

_____ (подчеркнуть, указать наименование и нахождение работодателя)

Согласен /а/ получить затраченную мною сумму денег в порядке получения ежемесячного возмещения.

Приложение:

1. _____
2. _____
3. _____

_____ 201__ г.

Подпись _____