Приложение № 3

Председателю ППО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от

*(ФИО полностью)*

*(должность)*

*(наименование медицинской организации)*

 Конт. телефон

Заявление

Прошу оказать мне материальную помощь по несчастному случаю, произошедшему «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.

*(число) (подпись)*