Приложение к Положению о конкурсе Врач года 2023

В конкурсную Комиссию Врач года, членам правления НОАВ

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

Победитель конкурса в номинации «Лучший врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(категория участника конкурса)

ЗАЯВЛЕНИЕ

для выплаты премии Новосибирской областной ассоциации врачей победителю конкурса Врач года 2023

Прошу осуществить выплату присужденной мне премии Новосибирской областной ассоциации врачей победителю конкурса Врач года 2023 в соответствии с решением конкурсной комиссии по следующим реквизитам: (указать № счета, наименование и реквизиты получателя, реквизиты кредитной организации либо реквизиты отделения федеральной почтовой связи).

Паспортные данные: (указать серию, номер, кем выдан, дату выдачи).

Адрес проживания: (указать адрес согласно регистрации: почтовый индекс, город, район города, улица, дом, корпус, квартира)

Дата рождения: (число, месяц, год).

ИНН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

СНИЛС:

Копии документов прилагаю.

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2023 г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /Ф.И.О./