

Форма

Начальнику департамента здравоохранения и
социальной помощи населению комитета по
социальной политике и культуре
администрации города Иркутска

(фамилия, имя, отчество (последнее - при
наличии))

Заявка о предоставлении субсидии
из бюджета города Иркутска юридическим лицам (за исключением субсидий
государственным (муниципальным) учреждениям) и индивидуальным
предпринимателям в целях возмещения недополученных доходов в связи с
реализацией лекарственных препаратов по рецептам врачей бесплатно отдельным
категориям граждан, проживающих в городе Иркутске, находящихся на
амбулаторном лечении

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии))
являющийся (являющаяся) _____,
(должность, наименование юридического лица, индивидуального
предпринимателя)

(адрес, контактный телефон)

прошу заключить договор о предоставлении субсидии из бюджета города
Иркутска в целях возмещения недополученных доходов в связи с реализацией
лекарственных препаратов по рецептам врачей бесплатно отдельным категориям
граждан, проживающих в городе Иркутске, находящихся на амбулаторном
лечении, на 20__ год.

Достоверность сведений, содержащихся в представленных документах, согласие
на размещение информации о перечне получателей субсидии на сайте органов
местного самоуправления города Иркутска в информационно-
телекоммуникационной сети "Интернет" подтверждаю.

Банковские реквизиты:

наименование обслуживающего банка;

расчетный счет;

корреспондентский счет;

код БИК, ИНН, КПП.

Приложения:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

(указываются прилагаемые к заявке о предоставлении субсидии документы,
представляемые в соответствии с пунктом 10 Положения о предоставлении из
бюджета города Иркутска субсидий юридическим лицам (за исключением
субсидий государственным (муниципальным) учреждениям) и индивидуальным
предпринимателям в целях возмещения недополученных доходов в связи с
реализацией лекарственных препаратов по рецептам врачей бесплатно отдельным
категориям граждан, проживающих в городе Иркутске, находящихся на
амбулаторном лечении).

(наименование должности)

(подпись) (фамилия, имя, отчество (последнее
- при наличии))

М.П. (при наличии)

(дата)

