Приложение 2

к Порядку

распоряжения средствами регионального материнского

капитала на получение платных медицинских услуг

ребенком (детьми) в медицинских организациях на

территории Российской Федерации, имеющих право на

осуществление медицинской деятельности

Список изменяющих документов

(в ред. приказа ДСЗ Воронежской области

от 08.12.2014 N 3422/ОД)

РЕШЕНИЕ

О РАСПОРЯЖЕНИИ СРЕДСТВАМИ РЕГИОНАЛЬНОГО МАТЕРИНСКОГО

КАПИТАЛА НА ПОЛУЧЕНИЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ РЕБЕНКОМ

(ДЕТЬМИ) В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ НА ТЕРРИТОРИИ

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ

МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

КУ ВО "УСЗН"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ района \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (г. Воронежа, г. Нововоронежа, Воронежской области)

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рассмотрев заявление гражданки (гражданина)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. лица, имеющего сертификат)

о распоряжении средствами регионального материнского капитала на

получение платных медицинских услуг ребенком (детьми) в медицинских

учреждениях на территории Российской Федерации, имеющих право на

осуществление медицинской деятельности, проживающей по

адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На основании представленных документов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (перечислить)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии с Законом Воронежской области от 14.11.2008 N 103-ОЗ "О

социальной поддержке отдельных категорий граждан в Воронежской области"

решил направить средства регионального материнского капитала в размере

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (цифрами и прописью)

на перечисленные в заявлении нужды.

М.П.

Директор КУ ВО "УСЗН"

района \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

Специалист КУ ВО "УСЗН"

района, ответственный за подготовку

проекта решения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)