**Приложение № 3**

 191119, город Москва,

 Ленинский проспект, дом 42/3

 e-mail: sko-profsoyz @ mail.ru

 телефон: +7 (495) 938 72 86

 моб. +7 (915) 032 82 10

ЗАЯВКА

Дата:

Субъект РФ:

***Обязательно для заполнения!***

***Заявки оформляется на каждый номер отдельно!***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ФИО | Дата и место рождения | № документ (паспорт или свидетельство о рождении) | Здравница, категория номера | Даты заезда(количество суток) | № телефона,место работыдолжность | Контактные данные(тел., эл. почта) |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |  |  |

Председатель (полное название профсоюзной организации)

профсоюза работников здравоохранения РФ,

контактные данные.