

Міському голові
Колісніченку В.І.

(ПІБ)

(адреса місця реєстрації)

(соціальний статус)

(номер телефону)

Заява

Прошу надати матеріальну допомогу на лікування.

Даю згоду на обробку моїх персональних даних.

Дата

Підпис