Голові Правління

_____

(назва філії ГО «Лікарняна каса Львівської залізниці»)

ГО «Лікарняна каса Львівської залізниці»

члена лікарняної каси _____

_____

(П.І.Б. повністю)

проживаю за адресою _____

_____

_____

місце праці _____

_____

контактний телефон _____

ЗАЯВА

У відповідності до Програми надання медичної допомоги членам ГО «Лікарняна каса Львівської залізниці», прошу здійснити компенсацію витрат на лікування та діагностику під час стаціонарного (амбулаторного) лікування в _____

_____

(назва медичного закладу)

у період з «___» _____ 20_____ р. до «___» _____ 20_____р.

До заяви додаю:

– Копію виписки із Медичної карти амбулаторного (стаціонарного) хворого (форма 027/о)/ копію консультативного висновку спеціаліста (форма 028/о) при амбулаторних діагностичних обстеженнях;

– Копію довідки про РНОКПП (присвоєння ідентифікаційного податкового номера) / у разі його відсутності – копію паспорта;

– Копію реквізитів банку та особового рахунку в друкованому вигляді для перерахування компенсації;

– **Оригінали платіжних документів:** фіскальних чеків, розрахункових квитанцій або інших розрахункових документів, передбачених законодавством, в кількості ____ штук.

Додатково:

- При лікуванні за кордоном – переклад усіх документів, які подаються на компенсацію, з іноземної мови на державну мову, засвідчений бюро перекладів або нотаріусом;
- Учасник бойових дій – копію посвідчення УБД або іншого документу, який підтверджує його участь у бойових діях (з військових частин, ТЦК та СП, від роботодавця тощо);
- Посмертні виплати: спадкоємець члена ЛК надає копії документів, які підтверджують його право на отримання компенсації.

Компенсацію прошу перерахувати:

Назва банку _____

IBAN UA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

РНОКПП
(ідентифікаційний податковий номер) заявника | | | | | | | | | | |

«___» _____ 20___ р. _____

(підпис)