

Директору областного государственного  
бюджетного учреждения социального обслуживания  
«Реабилитационный центр для детей и подростков с  
ограниченными возможностями» Т.В.Семейкиной

От \_\_\_\_\_  
(ФИО заявителя)

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

**Заявление  
о предоставлении платных услуг получателю социальных услуг**

Прошу предоставить \_\_\_\_\_  
(ФИО получателя услуг)

платные \_\_\_\_\_ услуги \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

в количестве \_\_\_\_\_.

С условиями и порядком оказания платных услуг, прейскурантом цен на платные  
услуги ознакомлен.

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года  
(подпись) (Ф.И.О.) дата заполнения заявления