Главному врачу государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Коми «Эжвинская городская поликлиника»

Н.В. Захаровой

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. и наименование замещаемой должности)

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

(адрес проживания (регистрации)

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

(номер контактного телефона)

Уведомление

о получении подарка от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Извещаю о получении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата получения)

подарка(ов) на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование протокольного мероприятия, служебной командировки,

другого официального мероприятия, место и дата проведения)

| №п/п | Наименование подарка | Характеристика подарка, его описание | Количество предметов | Стоимость в рублях ˂\*˃ |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| Итого |  |  |

------------------------------------------------------

˂\*˃ Заполняется при наличии документов, подтверждающих стоимость подарка.

Приложение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на \_\_\_\_\_\_\_ листах.

(наименование документа)

Лицо, представившее

уведомление \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г.

(подпись) (расшифровка подписи)

Лицо, принявшее

уведомление \_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г.

(подпись) (расшифровка подписи)