Додаток 2

Голові Правління Філії Східного регіону
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)