**ДО КМЕТА Приложение № 9**

**НА ОБЩИНА РАЗГРАД**

**ИСКАНЕ**

Долуподписаната/ите:

1....................................................................................................……………………………….

*(име, презиме, фамилия)*

ЕГН: ................................................................Лична карта № ………………………………..

Постоянен адрес :

гр./с..................................,ул. .......................................................... №…...., вх. ..., ет. …,

ап....., обл. Разград, община Разград,

и

2.....................................................................................................................................................

*(име, презиме, фамилия)*

ЕГН: ...............................................................Лична карта №…………………………………

Постоянен адрес:

гр./с..................................,ул. .............................................................№…...., вх. ..., ет. …,

ап...., обл.Разград, община Разград,

С настоящото моля/им да ми/ни бъде изплатена сума одобрена със заповед на

Кмета на Община Разград в размер на:

......................(...........................................................................................................) лева,

*( сумата се посочва цифром и словом)*

представляваща реално направените от мен/нас разходи за дейности предвидени в чл.3, ал.2 от Правилника за финансово подпомагане на двойки, семейства и лица с репродуктивни проблеми на територията на Община Разград,

по сметка

IBAN………………………………………………………………………. BIC………………

при………………………………………………………………………………………………

За установяване на направените разходи и наличие на условията за изплащане на отпуснатите суми прилагам/е и моля/им при разглеждане на искането да вземете предвид следните документи:

1. Фактури и медицинска документация, съдържаща пълно описание и стойност на извършените дейности и използваните лекарствени продукти, издадени от съответното акредитирано медицинско заведение.

2. Заповед на Кмета на Община Разград, издадена съгласно чл.13 от Правилника за финансово подпомагане на двойки, семейства и лица с репродуктивни проблеми на територията на Община Разград.

**С уважение** :

1……………………….

*подпис*

..............................................

*(име и фамилия)*

2……………………….

(*подпис)*

...............................................

Дата:……………….. (*име и фамилия*

гр.Разград