Заявление Председателю ППО УЗ «Бобруйская

\_\_\_\_\_\_\_\_ городская детская больница»

(дата) Ступень Л.А.

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

(должность и место работы)

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

(ФИО)

Прошу оказать материальную помощь в связи с длительным заболеванием. Копии листков нетрудоспособности прилагаю.

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

(подпись) (расшифровка подписи)