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)