

Директору АНО центр абилитации детей-  
инвалидов и лиц с ограниченными  
возможностями здоровья «Святитель Лука»  
Клиновицкой Л.А.

от гр. \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)  
дата, месяц и год рождения \_\_\_\_\_,  
проживающего по адресу \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_,  
паспортные данные \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_,  
телефон \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу предоставить платные услуги в соответствии с согласованным со мною перечнем услуг на условиях полной оплаты:

\_\_\_\_\_  
(ФИО получателя платных услуг)

С условиями приема, снятия с обслуживания, правилами поведения, сроком и порядком обслуживания ознакомлен(а) и согласен(а).

Даю согласие на обработку, использование и хранение персональных данных, содержащихся в настоящем заявлении.

Дата заполнения \_\_\_\_\_ Подпись клиента \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись директора \_\_\_\_\_