Приложение 3

ДО
КМЕТА НА ОБЩИНА СИЛИСТРА

ИСКАНЕ ЗА ПЛАЩАНЕ

№ ……..,
съгласно Правилника за устройството и дейността на Общински фонд „Здраве” на Община Силистра, приет с Решение № 199, П-л № 7 от 29.02.2024 г. на Общински съвет – Силистра

От
……...……,
(трите имена и длъжност)

Представляващ……,
(наименование на институцията)

ЕИК по Булстат ……..…..., Адрес:

……

УВАЖАЕМИ ГОСПОДИН КМЕТ,

В изпълнение на сключени договори между Община Силистра, „МБАЛ Силистра“ АД и подпомагани лица, съгласно Правилника за устройството и дейността на Общински фонд „Здраве” на Община Силистра, представям

Искане за плащане на обща стойност ……. лева,

за периода от ……..……г. до ……..…….г.

В исканата обща сума са включени средства за:

№ по ред	Име на подпомаганото лице	№ на Договор	Вид на подпомаганет о	Размер на подпомаганет о	Вид на разходооправд ателните документи

Обща рекапитулация на исканите средства:

1. Средства за свободен наем ……. лева
2. Средства за транспорт ……..лева
3. …… …… лева

Моля, разходите да бъдат възстановени по следната банкова сметка:
Обслужваща банка:
IBAN:……
BIC:……

Приложения:
1. Договор /Приложение № 2/;
2. Заповед на Кмета на община Силистра за подпомагане на лицата, съгласно Правилника за устройството и дейността на Общински фонд „Здраве” на Община Силистра;
3. Искане за възстановяване на средствата /Приложение 3/
4. Отчетен доклад /Приложение 4;
5. Заверено копие на Разходен касов ордер за изплатените средства;
6. Заверено копие на представените от подпомогнатите лица разходооправдателни документи.
7. Удостоверение за открита банкова сметка на МБАЛ – Силистра АД в оригинал“.
8. Договор за наем, към който се прилага официална справка /списък, становище или друго/ за ползващите имота лица, подписана от изпълнителния директор на „МБАЛ-Силистра“ АД.
9. График на отработените дни
10. Рапорт за отработените дни

С уважение,

……..
…….

/Име, длъжност на представляващия „МБАЛ Силистра“ АД,
подпис и печат/