|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 2 |

**ИМЕННАЯ ЗАЯВКА**

**на участие \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Наименование региональной организации ВОС)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ФИО  (полностью) | РО ВОС | Дата рождения (число, месяц, год) | Группа инвалидности  № справки  МСЭ (ВТЭ) | Адрес постоянного места жительства, | Контактный телефон,  e-mail |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |

Руководитель организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО (подпись) контактный телефон

М.П.

Дата заполнения заявки «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2024 года