

**(ЗРАЗОК ЗАЯВИ ДЛЯ ДОПЛАТИ ЗА ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНУ
РОБОТУ)**

Ректору закладу вищої освіти
професору Кучину Ю.Л.

науковий ступінь (к.м.н., д.м.н. за
наявністю)

найменування посади (частини
ставки) та кафедри

П.І.Б (повністю)

ЗАЯВА

Прошу Вас встановити мені доплату за лікувально-діагностичну роботу
з _____*.

Дата

Підпис (ПІБ)

Віза керівника щодо виконання лікувально-діагностичної роботи (дата та підпис)

*додати копію посвідчення про присвоєння (підтвердження)
кваліфікаційної категорії або сертифікату лікаря-спеціаліста