

Директору Департамента здравоохранения
Курганской области
Кокориной Л.И.

от _____

(Ф.И.О. обучающегося)

(документ, удостоверяющий личность, серия, №, кем выдан)

СНИЛС _____

Адрес: _____

Телефон: _____

Телефон родителей: _____

Заявление на выплату стипендии

Прошу выплачивать стипендию ежемесячно в размере 1500 рублей как
обучающемуся _____
(наименование образовательной организации)

по договору о целевом обучении от _____ 2020г. № _____
(дата) (номер)

Выплату стипендии прошу перечислять на счет:

№ _____

открытый в _____
(указать наименование банка)

Корреспондирующий счет банка _____

ИНН/КПП банка _____

Я даю согласие на обработку своих персональных данных в Департамент
здравоохранения Курганской области в целях и объеме, необходимых для выплаты
ежемесячной стипендии.

« _____ » _____ 2020 г.

_____ (подпись заявителя)