*Заявление об участии в программе ДМС*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ректору РГПУ им. А. И. Герцена  Богданову С. И.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Должность)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Фамилия, имя, отчество)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Телефон контактный |

**заявление.**

Прошу перечислить в АО «Группа Ренессанс Страхование», сумму страховой премии, указанную в пункте 2.1 договора от \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.2020  г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Прошу удержать из моей заработной платы сумму в размере 17 900 (семнадцать тысяч девятьсот) рублей единовременно в качестве платежа по вышеуказанному договору добровольного медицинского страхования

«11» января 2020 г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Подпись) (И. О. Фамилия)