

Директору офісу спорту
Львівської міської ради

ЗАЯВА

Учасника Програми підтримки учасників бойових дій та членів сімей загиблих (померлих) Захисників та Захисниць України Львівської міської територіальної громади на оплату послуг фітнес-клубів та масажу на 20__ рік

Від _____,
zareєстрованого (-ої) за адресою _____

Паспорт: серія _____ № _____, виданий _____

Ідентифікаційний № _____

Контактний телефон (телеграм/вайбер)

Назва фітнес-клубу та/або медичного закладу, який надає послуги _____

Адреса фітнес-клубу та/або медичного закладу, який надає послуги _____

Учасники бойових дій, можуть одночасно отримати послуги і фітнес центру (відвідування тренажерного залу та басейну) і послуги медичного центру (масажу).

Члени сімей загиблих воїнів та члени сімей Героїв Небесної Сотні можуть отримувати лише послуги фітнес-центрів (відвідування тренажерного залу та басейну)

Послуга, яку отримує учасник бойових дій або члени сімей загиблих (померлих) Захисників та Захисниць України (виберіть з переліку необхідне):

1. учасники бойових дій:

- послуги тренажерного залу
- послуги басейну
- послуги масажу

2. члени сімей загиблих (померлих) Захисників та Захисниць України:

- послуги тренажерного залу
- послуги басейну

Мене повідомлено про умови та порядок дії Програми підтримки учасників бойових дій та членів сімей загиблих (померлих) Захисників та Захисниць України Львівської міської територіальної громади на оплату послуг фітнес-клубів і масажу, нарахування та виплати відшкодування відповідно до Програми.

Я усвідомлюю, що наведені мною відомості, які вплинули або можуть вплинути на отримання відшкодування, будуть перевірені відповідно до законодавства України.

Я засвідчую, що не маю медичних протипоказань для отримання послуг у фітнес-клубах і самостійно несу повну відповідальність за стан свого здоров'я.

Я даю згоду на збір, обробку, використання, поширення та доступ до персональних даних відповідно до Закону України "Про захист персональних даних".

Про відмову у призначенні (ненаданні) або поверненні нарахованих/виплачених коштів у разі подання мною у заяві, а також у наданих документах, неповних чи недостовірних відомостей, які необхідні для отримання відшкодування відповідно до Програми, мене попереджено.

Дата _____

Підпис _____