|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 1  к Порядку |

ЗАЯВКА № \_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ г.

на получение возмещения стоимости услуг по погребению умерших, которые не подлежали обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством на день смерти и не являлись пенсионерами, а также в случае рождения

мертвого ребенка по истечении 154 дней беременности

Получатель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование специализированной службы по вопросам похоронного дела)

Администрация Артемовского городского округа

692760, Приморский край, г. Артем, ул. Кирова, дом 48

Основание: Соглашение от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ года № \_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование работы (услуги)** | **Единица измерения** | **Количество** | **Цена, руб.** | **Сумма возмещения стоимости услуг, руб.** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1. | Возмещение стоимости услуг по погребению умерших, которые не подлежали обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством на день смерти и не являлись пенсионерами, а также в случае рождения мертвого ребенка по истечении 154 дней беременности  за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_г.  (период) | чел. |  |  |  |
|  |  |  | **Итого:** | |  |
|  |  |  | Без налога (НДС): | |  |
|  |  |  | **Всего (с учетом НДС)** | |  |

Стоимость услуг согласно гарантированному перечню услуг по погребению, установленная Артемовским городским округом, на момент захоронения из расчета на одного человека составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб., согласно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование муниципального правового акта, №, дата принятия)

Сумма возмещения стоимости услуг составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_рублей

|  |  |
| --- | --- |
| **Получатель:**  **Руководитель специализированной службы по вопросам похоронного дела** | **Администрация**  **Артемовского городского округа** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (подпись) (Ф.И.О.)  М.П. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  (подпись) (Ф.И.О.)  М.П. |