# Приложение № 1 к административному регламенту

# предоставления муниципальной услуги «Предоставление в безвозмездное пользование, аренду имущества, находящегося в муниципальной собственности

Главе Октябрьского района

Курской области

\_*О.А. Быковскому*

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу заключить договор аренды (безвозмездного пользования)

недвижимого имущества, находящегося в собственности муниципального

образования, являющегося нежилым помещением (зданием, сооружением), без проведения торгов расположенным по адресу:

*Курская обл., Октябрьский р-н, Черницынский с/с, с. Черницыно, ул. Центральная, д.5*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес помещения)

техническая характеристика:

общая площадь *80* кв. м, в том числе: этаж *55* кв. м;

*1* (№ на плане), подвал \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ кв. м \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (N на плане)

Цель использования помещения:

*размещение ФАПА*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Заявитель *Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Октябрьская центральная районная больница» Курской области*

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

(Фамилия, Имя, Отчество, адрес, контактный телефон - для физических лиц)

*Областное бюджетное учреждение здравоохранения «Октябрьская центральная районная больница» Курской области*

(полное наименование юридического лица,

*ОБУЗ «Октябрьская ЦРБ» Курской области* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

сокращенное наименование юридического лица)

ОКПО *01931522* ИНН *\_ 4617001435\_* ОКВЕД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Почтовый адрес юридического лица с указанием почтового индекса:

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

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

Юридический адрес юридического лица с указанием почтового индекса:

207200, Курская область, Октябрьский район, поселок городского типа Прямицыно, Октябрьская улица, 185\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Банковские реквизиты:

наименование банка \_ *Отделение Курск г. Курск* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БИК \_\_\_*043807001* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

корр. счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

расчетный счет \_*40101810600000010001*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

телефон офиса \_\_\_*2-13-73*\_\_\_\_\_\_\_ телефон бухгалтерии \_\_\_\_\_\_*2-12-56*\_\_\_\_\_

В лице *Главного врача Мишина Николая Егоровича\_\_\_\_\_\_\_*

(Ф.И.О. полностью, должность)

Основание *Устав\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(устав, Положение, свидетельство)

Заявитель *Главный врач Мишин Николай Егорович* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., должность) (подпись)

М.П.

Результат предоставления муниципальной услуги прошу выдать следующим способом:

посредством личного обращения

почтовым отправлением на адрес, указанный в заявлении

отправлением по электронной почте (в форме электронного документа и

только в случаях, прямо предусмотренных в действующих нормативных

правовых актах);

посредством личного обращения в ОБУ «Многофункциональный центр по предоставлению государственных и муниципальных услуг» (филиал ОБУ ««Многофункциональный центр по предоставлению государственных и муниципальных услуг» в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ районе (только на бумажном носителе)

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

(оборотная сторона заявления)

Отметка о комплекте документов (проставляется в случае отсутствия

одного или более документов, не находящихся в распоряжении органов,

предоставляющие государственные или муниципальные услуги, либо

подведомственных органам государственной власти или органам местного

самоуправления организаций, участвующих в предоставлении муниципальной

услуги):

О представлении неполного комплекта документов, требующихся для

предоставления муниципальной услуги и представляемых заявителем, так как

сведения по ним отсутствуют в распоряжении органов, предоставляющих

государственные или муниципальные услуги, либо подведомственным органам

государственной власти или органам местного самоуправления организаций,

участвующих в предоставлении муниципальной услуги, предупрежден.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ *Мишин Николай Егорович* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя) (Ф.И.О. заявителя полностью)