**Բնեղեն եկամտի աղբյուրի հաստատում**

Տրամադրման ամսաթիվ՝ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Agency Name

**Ում՝**

**Նշում Բնեղեն մատակարարի համար՝** *Ձեր անունը տրվել է որպես աջակցության աղբյուր ստորև նշված հաճախորդի համար: Խնդրում ենք լրացնել սույն ձևաթուղթը և վերադարձնել այն կլինիկայի բիզնես գրասենյակ, որը նշված է այս ձևաթղթի ներքևում:*

|  |
| --- |
| **Մաս I․ Բնեղեն եկամտի հաստատում** |

Ես ներկայումս տրամադրում եմ ստորև նշված աջակցության կետերը \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(*Հաճախորդի անուն)*

**Բաժին A**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Բնակարանային ապահովում | Կոմունալ վճարումներ | Սնունդ | Հագուստ | Կանխիկ |

Սա ծառայությունների կամ աշխատանքի դիմաց է՝  Այո  Ոչ

Ես/Մենք տրամադրում ենք այս ապրանքները սկսած \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-ից:

Ես/Մենք ակնկալում ենք տրամադրել այս տարրերը մինչև \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-ը:

**Բաժին B**

Ես/Մենք կիսումն ենք բնեղեն կենցաղային ծախսերը՝  Այո  Ոչ

Եթե այո, խնդրում ենք բացատրել ընդհանուր պայմանավորվածությունը. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Կենցաղային իրերի ընդհանուր արժեքը հետևյալ հասցեի համար.

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Բնակարանային ապահովում | Կոմունալ վճարումներ | Սնունդ | Հագուստ | Կանխիկ |
| **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **$**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Ընտանիքի անդամների թիվը վերը նշված հասցեում կազմում է \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ մարդ

**Բաժին C**

Նյութական աջակցություն տրամադրող մատակարարի հարաբերությունները հաճախորդի հետ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Մաս II․ Բնակարանային վարձի վճարման հաստատում** |

Վարձավճարը վճարված է՝  Այո  Ոչ: Եթե ​​այո, ապա նշեք գումարի չափը՝ $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_՝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ի համար:

Բնեղեն մատակարարի ստորագրությունը՝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ամսաթիվ՝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Հասցե՝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Քաղաք՝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Փոստային կոդ՝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Հեռախոսահամար (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |

**Խնդրում ենք լրացնել սույն ձևաթուղթը և վերադարձնել այն վերը նշված ամսաթվից հետո 10 աշխատանքային օրվա ընթացքում հետևյալ հասցեին՝**

Ուշադրություն՝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Կլինիկայի անվանում՝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Հասցե՝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Քաղաք՝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Փոստային կոդ՝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Հեռախոս՝ (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ֆաքս՝ (\_\_\_\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_