**БЛАНК ОРГАНИЗАЦИИ**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| ***Наименование организации******адрес******Тел.: +7 ….******e-mail:*** ***ИНН/КПП:*** ***ОГРН:***  | ООО «Альфамобиль»129110, г. Москва, ул. Переяславская Б., 46,стр. 2, ЭТ. 4, ПОМ. I К. 16, 17 |
|  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На № \_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Введите заголовок к тексту

Настоящим подтверждаю, что ознакомлен с условиями страхования а/м *марка/модель* VIN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , уведомлен о повреждениях зафиксированных в Акте осмотра от \_\_\_.\_\_\_.20\_\_\_г. и предупрежден, что в случае не устранения повреждений и не предъявления а/м к повторному осмотру, при наступлении страхового события указанные в Акте осмотра повреждения возмещению подлежать не будут.

Должность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.О. Фамилия

*Подпись / печать*

Исп.: