

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**об установлении ежегодной денежной выплаты**

1. Фамилия, имя, отчество лица, имеющего право на ежегодную денежную выплату,

дата рождения \_\_\_\_\_

2. Адрес места жительства, места пребывания: \_\_\_\_\_

(указывается индекс, почтовый адрес места жительства, места пребывания)

3. Адрес места фактического проживания: \_\_\_\_\_

(указывается индекс, почтовый адрес места фактического проживания)

4. Документ, удостоверяющий личность:

Наименование документа		Серия и номер документа	
Кем выдан		Дата выдачи	

5. Удостоверение о награждении нагрудным знаком:

Вид удостоверения	«Почетный донор РФ», «Почетный донор СССР». (нужное подчеркнуть)	Номер удостоверения	
Кем выдан		Дата выдачи	

6. Прошу предоставить мне ежегодную денежную выплату по категории «Почетный донор РФ», «Почетный донор СССР» (нужное подчеркнуть)

7. Прошу перечислять ежегодную денежную выплату

На счет № _____ открытый в _____ (наименование и № филиала кредитного учреждения, БИК ИНН _____	Через почтовое отделение _____ _____
--	---

8. В случае наступления обстоятельств, влекущих прекращение ежегодной денежной выплаты, обязуюсь незамедлительно сообщить об этом в ГКУ АО - УСЗН.

9. Сведения о законном представителе (доверенном лице) заявителя:

фамилия, \_\_\_\_\_, имя, \_\_\_\_\_, отчество \_\_\_\_\_;

почтовый адрес места жительства (места пребывания, фактического проживания) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность,

наименование документа		серия и номер документа	
кем выдан		дата выдачи	

документ, подтверждающий полномочия законного представителя (доверенного лица)

наименование документа		серия и номер документа	
кем выдан		дата выдачи	

10. Подтверждаю свое согласие на обработку указанных в настоящем заявлении персональных данных.

Дата	Подпись заявителя (законного представителя, доверенного лица)		

К заявлению прилагаю следующие документы:	1.	
	2.	
	3.	

Данные, указанные в п. 4 заявления, соответствуют документу, удостоверяющему личность _____ (подпись специалиста)	
Регистрационный номер заявления	Принял _____ (подпись специалиста)

(линия отреза)

Расписка-уведомление

Заявление гр.

Регистрационный номер заявления	Принял	
	(дата приема)	(подпись специалиста)