Отделение РЦМП (КВ) N \_\_\_\_\_\_\_\_\_

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ муниципальном

районе (городе)

ЗАЯВЛЕНИЕ

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество заявителя полностью)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность | Серия и (или) номер | Кем выдан | Дата выдачи |
|  |  |  |  |

проживающий(ая) по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(почтовый адрес заявителя с указанием индекса, телефона, адрес электронной

почты)

действующий на основании:

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

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия заявителя представлять

интересы получателя государственной услуги)

Прошу назначить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество получателя государственной услуги)

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

(почтовый адрес получателя с указанием индекса, место фактического

проживания получателя, реквизиты документа, удостоверяющего личность

получателя государственной услуги)

ежемесячную денежную компенсацию при возникновении поствакцинальных

осложнений.

Представляю следующие документы (справки):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N | Наименование документов | Количество экземпляров |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |

Назначенные выплаты перечислять:

реквизиты счета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указываются реквизиты счета, открытого в установленном законодательством

порядке получателем государственной услуги либо его законным

представителем)

реквизиты почтового отделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указываются реквизиты почтового отделения

получателя государственной услуги либо его

законного представителя)

Несу ответственность за достоверность предоставленных сведений, а также

подлинность документов, в которых они содержатся. С положением об

обязанности своевременного извещения о наступлении обстоятельств, влекущих

прекращение (изменение) выплат, ознакомлен.

В соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=39D77B4C1323746731C1F18B28BF6962F105FA32C768B761EA1A27EA5Fs9u9O) от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О

персональных данных" я даю свое согласие на сбор, обработку, в том числе

автоматизированную, хранение и передачу третьим лицам в системе

информационного обмена персональных данных, указанных в настоящем

Заявлении.

Согласен(на) на получение информации, в том числе о предоставлении

(отказе в предоставлении) государственной услуги:

письменно

смс-сообщением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер телефона)

по электронной почте \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес электронной почты)

Заявитель:

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

(Ф.И.О. получателя государственной услуги (подпись) (дата)

либо лица, представляющего интересы

получателя государственной услуги

на основании доверенности, заверенной

в установленном законом порядке)

Заявление и документы приняты \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата, подпись, расшифровка подписи специалиста)

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

Линия отрыва

Расписка-уведомление

Регистрационный N заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Количество документов \_\_\_ ед. на \_\_\_\_ листах

Документы принял \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность) (подпись) (расшифровка подписи) (дата)