В ГКУ АО «Центр социальной поддержки

 Кировского района города Астрахани»

 (указывается наименование государственного

 казенного учреждения Астраханской области

 - центра социальной поддержки населения

 муниципального района, центра социальной

 поддержки населения района города Астрахани,

 центра социальной поддержки населения

 закрытого административно-территориального

 образования Знаменск)

 Заявление

 о возобновлении выплаты ежемесячной выплаты

 Фамилия От \_Ивановой\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Имя \_\_Марии\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Отчество (при наличии) \_Ивановна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 СНИЛС 195-845-835 06\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Паспортные данные (серия, дата выдачи, Паспорт, 1218 566522, выдан

 выдавший орган) 05.08.2017, 300-010,

 РОВД Кировского

 района г.Астрахани

 Адрес места жительства по месту постоянной г. Астрахань, ул. Костина, 10

 регистрации или адрес места жительства

 по месту пребывания

 Прошу возобновить ежемесячную выплату и выплачивать через:

┌─┐

│V│ кредитную организацию:

└─┘

 Наименование кредитной организации Астраханское отделение №8600 ПАО

 Сбербанк

 БИК кредитной организации 041203602\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 КПП кредитной организации 301502001\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Номер счета заявителя 40817820505010330023\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

┌─┐

│ │ почтовое отделение:

└─┘

 Адрес получателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Номер почтового отделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата "20" \_\_\_\_\_\_\_09\_\_\_\_2022 г. Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_