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