*(наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации)*

ЗАЯВЛЕНИЕ

1. ,

*(фамилия, имя, отчество (при наличии)*

страховой номер индивидуального лицевого счета ,

почтовый адрес застрахованного лица для направления информации территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации

 ,

номер телефона ,

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность |  |
| Серия, номер |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |
| Дата рождения |  |
| Место рождения |  |

2. Представитель (законный представитель несовершеннолетнего или недееспособного лица, организация, на которую возложено исполнение обязанностей опекуна или попечителя, доверенное лицо) *(при наличии) (нужное подчеркнуть)*

 ,

*(фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя; наименование организации, на которую
возложено исполнение обязанностей опекуна или попечителя, и фамилия, имя, отчество
(при наличии) ее представителя)*

почтовый адрес представителя для направления информации территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации

 ,

адрес места нахождения организации, на которую возложено исполнение обязанностей опекуна или попечителя

 ,

номер телефона ,

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа, удостоверяющего личность представителя |  |
| Серия, номер |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование документа, подтверждающего полномочия представителя |  |
| Серия, номер |  | Дата выдачи |  |
| Кем выдан |  |
| Срок действия полномочий |  |

ПРОШУ:

3. скорректировать (уточнить, дополнить, произвести исправление) выданный по результатам предоставления государственной услуги документ, согласно следующим данным:

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4. О решении, принятом по настоящему заявлению, прошу сообщить мне в письменном виде по вышеуказанному адресу;

Приложение:

1. ---------------------------------

2. -----------------------------------

3. -----------------------------------

 Достоверность сведений, указанных в заявлении, подтверждаю.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата заполнения заявления | Подпись застрахованноголица (его представителя) | Расшифровка подписи(инициалы, фамилия) |
|  |  |  |