**(ФОРМА)**

**Запрос для получения справки о погашении ссуды, донорских днях**

**и выплате страховых взносов** (нужное подчеркнуть)

*Информация о персональных данных хранится и обрабатывается с соблюдением требований российского законодательства о персональных данных. Заполняя данный запрос, Вы даете согласие на обработку персональных данных*

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование юридического лица, предоставляющего услугу*\** |  |

**Сведения о заявителе**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество заявителя (представителя, доверителя заявителя) *в именительном падеже\**  |  |
| Почтовый адрес\* *(с указанием индекса)* |  |
| Телефон\* / E-mail |  |

**Информация о лице, на которое запрашиваются сведения**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество лица, о котором запрашиваются сведения*\**: (у*кажите ФИО на настоящий момент, а также ФИО, в случае их изменений, на период запрашиваемых сведений (например: Иванова Клавдия Михайловна, до 1985 г. Петрова).* |  |
| Место работы и период работы в организации\* |   |
| Даты выдачи и погашения ссуды\* |  |
| Периоды использования донорских дней *(указать число, месяц, год)*\* |  |
| Год страхования\*: |  |
| Период оплаты страховых взносов\*: |  |
| Вариант получения результата государственной услуги*\** *(указать - лично, по почте)* |  |
| Дополнительные сведения: (л*юбые дополнительные сведения, которые могут помочь поиску)* |  |

Ф.И.О. заявителя, представителя (доверителя)

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 **«\***» обязательные для заполнения разделы