|  |  |
| --- | --- |
| **ГКУ "КЦСЗН" Забайкальского края ( ОСЗН)** |  |
| *(наименование отдела ГКУ "КЦСЗН" Забайкальского края)* |
|  |
| Регистрационный номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ (ИЗМЕНИЕ СПОСОБА ВЫПЛАТЫ)** |
|  |
| Я,  |  |
| Паспорт: | , серия № , выдан г.  |
| зарегистрирован по адресу: |   |
| Телефон: | , 8- |
| **Прошу изменить способ выплаты мер социальной поддержки:** |
| Наименование банка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_, номер лицевого счета  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **Заявитель: Специалист:** |
|  |
| Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Все поля необходимо заполнить в обязательном порядке.В случае неполного или недостоверного заполнения заявление не будет рассмотрено. |