|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | В | Магаданское областное государственное казенное учреждение социальной поддержки населения «Магаданский социальный центр»,  685000, г. Магадан, ул. Горького, д.14 |
|  |  | (орган, организация) |

**З А Я В Л Е Н И Е**

**об изменении способа доставки ежемесячной денежной выплаты на ребенка в возрасте от 3 до 7 лет включительно**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Фамилия | |  |
| Имя | |  |
| Отчество (при наличии) | |  |
| СНИЛС | |  |
| Паспортные данные (серия, дата выдачи, выдавший орган) | |  |
| Адрес места жительства по месту постоянной регистрации или адрес места жительства по месту пребывания | |  |
| Прошу ежемесячную выплату выплачивать через: | | |
|  кредитную организацию |  | |
| Наименование кредитной организации |  | |
| БИК кредитной организации |  | |
| ИНН кредитной организации |  | |
| КПП кредитной организации |  | |
| Номер счета заявителя |  | |
|  |  | |
|  почтовое отделение |  | |
| Адрес получателя |  | |
| Номер почтового отделения |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | " |  | " |  | 20 |  | г. | Подпись заявителя |  |