

Начальнику управления социальной  
защиты населения Липецкой области,  
расположенного по адресу:  
г. Липецк, ул. Плеханова, 33.  
Почетного донора России (СССР)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

проживающего(ей) по адресу:  
место жительства (регистрации),  
место пребывания, место фактического  
проживания (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(почтовый индекс)

Паспорт \_\_\_\_\_  
(серия №)

\_\_\_\_\_  
(когда и кем выдан)

Контактный тел. \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ.

В связи \_\_\_\_\_  
(указать причину)  
прошу перечислять ежегодную денежную выплату \_\_\_\_\_:

почтовым переводом, перечислением на счет в кредитной организации  
(ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(наименование кредитной организации, филиала)

\_\_\_\_\_  
(реквизиты кредитной организации: Кор. счет, ИНН, КПП, БИК, ОКПО)

\_\_\_\_\_  
(номер лицевого счета)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_  
(личная подпись)

Заявление принял \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., должность специалиста) (подпись специалиста)

\_\_\_\_\_  
(линия отрыва)

### Расписка-уведомление

Заявление и документы в кол-ве \_\_\_\_\_ Почетного донора \_\_\_\_\_

принял \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., должность специалиста) (подпись специалиста)

Форма № 1

Начальнику управления социальной  
защиты населения Липецкой области,  
расположенного по адресу:  
г. Липецк, ул. Плеханова, 33.  
Почетного донора России (СССР)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

проживающего(ей) по адресу:  
место жительства (регистрации),  
место пребывания, место фактического  
проживания (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(почтовый индекс)

Паспорт \_\_\_\_\_  
(серия №)

\_\_\_\_\_  
(когда и кем выдан)

Контактный тел. \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ.

В соответствии со статьей 24 Федерального закона от 20.07.2012г. № 125-ФЗ "О донорстве крови и её компонентов" прошу предоставить мне ежегодную денежную выплату, так как я награжден нагрудным знаком

«Почетный донор России» «Почетный донор СССР»

(ненужное зачеркнуть)

(удостоверение «Почетного донора России» «Почетного донора СССР»):

(ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_  
№ удостоверения

\_\_\_\_\_  
(кем и когда выдан)

Прошу перечислять мне ежегодную денежную выплату  
почтовым переводом, перечислением на счет в кредитной организации (ненужное зачеркнуть)

\_\_\_\_\_  
(наименование кредитной организации, филиала)

\_\_\_\_\_  
(реквизиты кредитной организации: Кор. счет, ИНН, КПП, БИК, ОКПО)

\_\_\_\_\_  
(номер лицевого счета)

Я обязуюсь в течение пяти дней извещать об изменении своих персональных данных (места жительства, кредитной организации или ее реквизитов, номера лицевого счета и т.п).

Я обязуюсь не позднее чем в месячный срок извещать о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты (переезд в другой регион, лишение звания).

В соответствии с Законом Российской Федерации от 27.07.2006г. № 152-ФЗ "О персональных данных», с обработкой (сбор, хранение, уточнение, использование) моих персональных данных (фамилия, имя, отчество, адрес, дата рождения, доходы и др.) до окончания срока предоставления выплаты согласен(на). Сохраняю за собой право отозвать данное согласие письменным заявлением с любой даты.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

\_\_\_\_\_  
(личная подпись)

Заявление принял \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., должность специалиста) (подпись специалиста)

\_\_\_\_\_  
(линия отрыва)

### Расписка-уведомление

**Внимание!** Вы предупреждены об ответственности за недостоверность предоставленных сведений в соответствии с действующим законодательством. В случае выявления излишне выплаченных сумм, Вы обязаны вернуть их в федеральный бюджет.

Вы обязаны в течение пяти дней извещать об изменении персональных данных (места жительства, кредитной организации или ее реквизитов, номера лицевого счета и т.п.), а также не позднее чем в месячный срок - о наступлении обстоятельств, влекущих прекращение выплаты (переезд в другой регион, лишение звания).

Заявление и документы в кол-ве \_\_\_\_\_ гражданина(ки) \_\_\_\_\_

принял \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О., должность специалиста) (подпись специалиста)