|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Социальный фонд России** ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯРОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО РЕСПУБЛИКЕ КАРЕЛИЯ(ОСФР по Республике Карелия)ул.Кирова, д.23, г. Петрозаводск, Республика Карелия, 185910Факс (8142) 764107, ОГРН 1021000524874 ИНН/КПП 1001040791/100101001 |  | ОБРАЗЕЦ |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| %REG\_DATE% | № | %REG\_NUM% |
| На № |  | от |  |

 |  |
|  |  |
|  |  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Запрос сведений из договора об оказании платных образовательных услуг**MP% |
| Наименование организации | ОСФР по Республике Карелия |
| №\_03.4-04/ХХХ\_\_дата\_01.01.2023 |  |
| В связи с обращением с заявлением о распоряжении средствами (частью средств) материнского (семейного) капитала просим представить сведения из договора об оказании платных образовательных услуг |
| 1. Сведения о владельце сертификата1.1.Фамилия, имя, отчество (при наличии);1.2. Дата рождения;1.3. Сведения о документе, удостоверяющем личность (наименование, номер, дата, кем и когда выдан);1.4. СНИЛС владельца сертификата | Иванова Мария Ивановна11.11.2000Паспорт серия 00 00 № 111111Выдан ОУФМС России 11.11.2020222-222-222 22 |
| 2. Сведения о ребенке:2.1. Фамилия, имя, отчество (при наличии);2.2. Дата рождения;2.3. СНИЛС | Иванов Иван Иванович01.01.2020111-111-111 11 |
| 3. Сведения о договоре: 3.1. Номер договора;3.2. Дата договора | б/нХХ.ХХ.2023 |

Начальник отдела установления

материнского (семейного) капитала \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (ФИО)

Исполнитель: ФИО, тел.