|  |
| --- |
| в ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РФ ПО РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ  |
| от |
| (фамилия, имя, отчество полностью) |
| Адрес места жительства: |
|  |
| (почтовый индекс, населенный пункт, улица, номер дома, квартиры) |
|  |
| Место работы |
|  |
| СНИЛС |  |
|  |  |
| паспорт | серия |  | номер |  |
| Кем и когда выдан |  |
|  |  |
| Контактный телефон |  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о повторной выплате**

Прошу Вас произвести повторный платеж пособия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать вид пособия и период)

следующим способом:

|  |
| --- |
|  |

на карту МИР:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(№ платежной карты, являющейся национальным платежным инструментом)

|  |
| --- |
|  |

на банковский счёт:

 БИК банка:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  наименование банка:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

( № счета получателя)

|  |
| --- |
|  |

 почтовым переводом:

 индекс:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

адрес доставки:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В связи с тем, что первичный платеж мною не получен.

В соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных" (далее — Федеральный закон № 152-ФЗ) я даю согласие ОСФР по Рязанской области на обработку моих персональных данных в следующем объеме: фамилия, имя, отчество (при наличии), контактный телефон, паспортные данные, место работы, номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования, даты и периоды выплаты пособий и иных выплат и их суммы.

Срок действия настоящего согласия — период до истечения установленных нормативными правовыми актами сроков хранения соответствующей информации или документов. В случае отзыва согласия на обработку персональных данных ОСФР по Рязанской области вправе продолжить обработку персональных данных без моего согласия в соответствии с ч. 2 ст. 9, п. 4 ч. 1 ст. 6 Федерального закона № 152-ФЗ.

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

 (дата) (подпись) (расшифровка подписи)

Заявление принял:

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

 (должность, Ф.И.О. сотрудника ОСФР по Рязанской области) (подпись) (дата)