

ЗАЯВЛЕНИЕ

о необходимости исправления печаток и ошибок

В государственное казенное учреждение Архангельской области
"Архангельский областной центр социальной защиты населения" _____

_____ (наименование органа, предоставляющего услугу)

Заявитель _____

Представитель _____

№ _____ от _____

_____ (фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

Дата рождения _____

СНИЛС _____

Телефон _____

Адрес электронной почты _____

Наименование документа, удостоверяющего личность		Дата выдачи	
Серия и номер документа		Дата рождения	
Кем выдан		Место рождения	

Сведения о представителе

Вид представителя _____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Дата рождения _____

СНИЛС _____

Телефон _____

Адрес электронной почты _____

Наименование документа, удостоверяющего личность		Дата выдачи	
Серия и номер документа		Дата рождения	
Кем выдан		Место рождения	

Описание печаток и ошибок, требующих исправления: _____

(дата)

(подпись заявителя)