

Директору департаменту охорони здоров'я
міської ради

_____ (прізвище, ім'я, по батькові ФО/ якщо змінювалось прізвище, вказати на яке)

_____ (адреса заявника)

_____ (ідентифікаційний номер ФО)

_____ (серія, номер паспорта, ким виданий для ФО)

_____ (контактний тел.)

ЗАЯВА

Прошу видати архівну довідку **про заробітну плату** на **(в)**

_____ (назва підприємства, організації, установи)

_____ (місце роботи (цех, відділ, відділення) посада)

за _____ роки.

Довідка потрібна для _____
(вказати куди треба надати довідку)

Надаю згоду на перевірку Головним управлінням Пенсійного фонду України у Вінницькій області даних, зазначених в архівній довідці.

Додатки до заяви (наявне відмітити):

- копія документу, що засвідчує особу (паспорт);
- копія трудової книжки;
- належним чином засвідчена довіреність (для уповноваженої особи).

Копії поданих документів в додатках відповідають оригіналам.

Разом _____ документів.

Заявник _____
(підпис)

_____ р.
(дата)