

Единый государственный фонд социального страхования
Приднестровской Молдавской Республики

Форма АДИ-2

Подлежит возврату в отделение Фонда

Конфиденциальность информации гарантируется получателем

Запрос об уточнении сведений

Уважаемый (ая) _____
" ____ " _____ 20 ____ года Вы представили в Фонд документ _____
(код и наименование документа)

В числе зарегистрированных в системе государственного пенсионного страхования застрахованных лиц есть человек с теми же, что и у Вас, анкетными данными:

Фамилия _____	Фамилия _____
Имя _____	Имя _____
Отчество _____	Отчество _____
Пол _____ дата рождения _____	Пол _____ дата рождения _____
Место рождения:	Место рождения:
нас. пункт _____	нас. пункт _____
район _____	район _____
область (край) _____	область (край) _____
страна _____	страна _____
Документ, удостоверяющий личность:	Документ, удостоверяющий личность:
вид документа _____	вид документа _____
серия _____ номер _____	серия _____ номер _____
дата выдачи _____	дата выдачи _____
кем выдан _____	кем выдан _____

Для принятия решения просим Вас проверить правильность указанных выше данных и сообщить, представлялся ли на Вас ранее документ _____
(код и наименование документа)

следующими организациями:

Реквизиты страхователя или отделения Фонда, принявшего документ _____	Реквизиты страхователя или отделения Фонда, принявшего документ _____
_____	_____
Дата заполнения документа _____	Дата заполнения документа _____

Оба поля заполняются застрахованным лицом в соответствии с выбранным вариантом ответа (да/нет)	
Форму представлял _____	Форму представлял _____
Дата заполнения " ____ " _____ 20 ____ года. Подпись застрахованного лица: _____	

Убедительно просим Вас связаться с представителем Фонда и уточнить, подавали ли Вы в Фонд какие-либо из перечисленных выше документов. Обращаться в отделение Фонда по адресу: _____

Документ сформирован _____
(наименование)
дата формирования _____ исходящий номер _____

(Наименование должности работника Фонда)

(подпись)

(расшифровка подписи)