

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної політики України
05 березня 2024 року № 80-Н

Запорізьке обласне відділення Фонду
соціального захисту осіб з інвалідністю

(найменування територіального відділення
Фонду соціального захисту осіб з інвалідністю)

Іваненко Іван Іванович

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) заявника)

Петренко Петро Петрович

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності)
законного представника / уповноваженої особи)

м.Запоріжжя, вул.Олександрівська, буд.26

zareestrovane / zadeklarovane misce prozhivannya

(perebuвання): м.Запоріжжя, вул.Олександрівська, буд.26

0999999999

(номер телефону заявника)

0505555555

(номер телефону уповноваженої особи)

Заява*

про дозвіл на отримання засобу реабілітації
уповноваженою особою

Я, Іваненко Іван Іванович

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))

документ, що посвідчує особу (паспорт): серія (за наявності) СА № 11111

виданий Олександрівським РВ УМВС України в Запорізькій області, 11.11.2011

(ким, дата)

реєстраційний номер облікової картки платника податків**: 111111111

прошу видати виготовлений для мене засіб реабілітації милиці ліктюві

(найменування виробу)

уповноваженій мною особі Петренку Петру Петровичу

(прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) уповноваженої особи)

документ, що посвідчує особу (паспорт): серія (за наявності) СА № 222222

виданий Олександрівським РВ УМВС України в Запорізькій області, 02.02.2002

(ким, дата)

zareestrovane / zadeklarovane misce prozhivannya (perebuвання): м.Запоріжжя,

вул.Олександрівська, буд.26

01.01.2025

(дата)

Іваненко І.І.

(підпис)

(Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Я, Петренко Петро Петрович ,
 (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності) уповноваженої особи)
 згоден(на) отримати засіб реабілітації милиці ліктьові
 (найменування виробу)
 для передання його Іваненку Івану Івановичу
 (прізвище, власне ім'я, по батькові (за наявності))

01.01.2025

(дата)

Петренко П.П.

(підпис)

(Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ)

Я даю згоду на використання моїх (та/або особи, інтереси якої я представляю) персональних даних, які буде внесено до централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою забезпечення засобами реабілітації.

Засіб реабілітації видано <u>01</u> <u>січня</u> 20 <u>25</u> р. на підставі акта № <u>11</u> .	
<u>/ Сидоренко С.С.</u>	Отримав(ла) _____
(підпис, Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ особи, що прийняла документи)	(підпис заявника / законного представника / уповноваженої особи)
✂ _____ (лінія відрізу) _____	
Засіб реабілітації видано <u>01</u> <u>січня</u> 20 <u>25</u> р. на підставі акта № <u>11</u> .	
<u>/ Сидоренко С.С.</u>	Отримав(ла) _____
(підпис, Власне ім'я ПРИЗВИЩЕ особи, що прийняла документи)	(підпис заявника / законного представника / уповноваженої особи)

* Обробка персональних даних проводиться відповідно до Закону України „Про захист персональних даних”.

** Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку в паспорті громадянина України, такі відомості не подаються.