Приложение № 1
к Приказу Министерства здравоохранения и социальной защиты
Приднестровской Молдавской Республики от 22 октября 2008 г. № 515

Форма АДВ-1 Государственный пенсионный фонд Приднестровской Молдавской Республики

Анкета застрахованного лица

Конфиденциальность информации гарантируется получателем
Документ заполняется застрахованным лицом шариковой или перьевой ручкой СИНИМИ или ЧЕРНЫМИ чернилами, разборчиво, ЗАГЛАВНЫМИ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ по нижеприведенным образцам. Документ, содержащий ошибки и исправления, а также без подписи застрахованного лица считается недействительным.

А	Б	В	Г	Д	Е	Ж	З	И	Й	К	Л	М	Н	О	П	Р	С	Т	У	Ф	Х
Ц	Ч	Ш	Щ	Ъ	Ы	Ь	Э	Ю	Я			1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

Заполняется сотрудником Фонда

Отделение Фонда
Дата приема
Входящий номер
Принял

1. Фамилия
Имя
Отчество
Пол ☐ (м / ж) Дата рождения ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ года

2. **Место рождения:**
нас. пункт _____ район _____
область (край) _____ страна _____

3. **Адрес по прописке:**
Указывается последовательно страна, область (край), район, нас. пункт, улица, № дома, № квартиры
индекс ☐☐☐☐☐☐ адрес _____
_____
Телефоны: _____ (домашний, рабочий и/или дополнительный)

4. **Адрес места жительства фактический:**
Заполняется при отличии от адреса по прописке
индекс ☐☐☐☐☐☐ адрес _____
_____

5. **Документ, удостоверяющий личность:**
_____
серия ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ номер ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
дата выдачи ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ года
кем выдан _____
Гражданство 1. 2.

Дата заполнения "___" _____ _____ г. _____
Подпись застрахованного лица

Для анкеты, заверенной страхователем
Заполняется страхователем

_____ _____ _____
Наименование должности руководителя | Подпись | Расшифровка подписи
МП

---------- линия отреза ----------

Расписка Фонда в приеме документа
Заполняется сотрудником Фонда

Застрахованное лицо:
передал(а) документ
Документ принят отделением Фонда: Дата приема
Подпись работника Фонда _____ Входящий номер документа