Приложение № 5
к Приказу Министерства здравоохранения и социальной защиты
Приднестровской Молдавской Республики от 22 октября 2008 г. № 515

Форма АДВ-4 Государственный пенсионный фонд Приднестровской Молдавской Республики

Листок исправлений

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. Документы, содержащие ошибочные сведения, должны прикладываться к данной форме ДПУ.

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

Наименование ошибочного документа, прилагаемого к форме АДВ-4 "Листок исправлений":

☐ Страховое свидетельство
☐ Запрос об уточнении сведений
☐ Отказ на заявление застрахованного лица
☐ Отказ от регистрации застрахованного лица

Ф.И.О. застрахованного лица и номер лицевого счета, содержащиеся в ошибочном документе:

Фамилия ____________________
Имя ____________________
Отчество ____________________

Номер лицевого счета ☐☐ — ☐☐☐☐☐☐☐☐

Листок исправлений заполнил: *страхователь / застрахованное лицо* (нужное подчеркнуть)

Причина возврата документа – неправильно указано: *ФИО, пол, дата рождения, место рождения, паспортные данные* (нужное подчеркнуть)

Правильные данные:

Фамилия ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Имя ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Отчество ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Пол ☐ (м / ж) Дата рождения ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐ года

Место рождения:
нас. пункт ____________________ район ____________________
область (край) ____________________ страна ____________________

Документ, удостоверяющий личность:
____

серия ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ номер ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
дата выдачи ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐ года
кем выдан ____________________

Дата заполнения "____" ____________________ _________ г. ____________________

Подпись застрахованного лица

____________________ ____________________ ____________________

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