***Відділ «Центр надання адміністративних послуг» Мукачівської міської ради***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*(прізвище, ім’я, по батькові)*

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*(адреса реєстрації)*

*(№ телефон)*

***ЗАЯВА***

*Прошу видати мені довідку про зареєстрованих осіб за адресою\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(назва вулиці, номер будинку, квартири)*

*на момент смерті гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ для*

*(прізвище, ім’я, по батькові померлого(ї)*

*пред’явлення її\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(назва установи, підприємства, організації)*

*«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_року \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(підпис заявника)*

*Отримав(ла) довідку \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(дата, підпис)*