«Міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесіне қатысушыға әлеуметтік аударымдардың жай-күйі және қозғалысы туралы ақпарат беру» мемлекеттік қызметін көрсету қағидаларына  
3-қосымша

Нысан

(тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

немесе көрсетілетін қызметті алушы ұйымының атауы)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(көрсетілетін қызметті алушының мекенжайы)

Міндетті әлеуметтік сақтандыру жүйесінің қатысушысына әлеуметтік аударымдардың жай-күйі және қозғалысы туралы ақпарат беруге өтінішті қабылдаудан бас тарту туралы

№\_\_\_\_ҚОЛХАТ

«Мемлекеттік көрсетілетін қызметтер туралы» 2013 жылғы 15 сәуірдегі Қазақстан Республикасы Заңының 19-бабын және 20-бабының 2-тармағын басшылыққа ала отырып

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(көрсетілетін қызметті берушінің атауы)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(қолхатты кім бергенін көрсету)

Сіздің мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандарттарында көзделген тізбеге сәйкес құжаттардың толық топтамасын ұсынбауыңызға және (немесе) қолданылу мерзімі өткен құжаттарды ұсынуыңызға байланысты «Мiндеттi әлеуметтiк сақтандыру жүйесiне қатысушыға әлеуметтік аударымдардың жай-күйі мен қозғалысы туралы ақпарат беру» мемлекеттік қызметін көрсетуге құжаттарды қабылдаудан бас тартады, атап айтқанда:

Құжаттардың атауы:

1)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Осы қолхат әрбір тарап үшін бір-бірден 2 данада жасалды. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Жұмыскердің тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы)

Орындаушы:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Алды:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

көрсетілетін қызметті алушының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)/ қолы

20\_\_жылғы «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_.