



MINISTERUL MUNCII
ȘI PROTECȚIEI SOCIALE

Agenția Națională pentru Plăți și Inspecție Socială
Agenția Județeană pentru Plăți și Inspecție Socială Arges

C E R E R E SCHIMBARE MODALITATE DE PLATA PRESTAȚII SOCIALE PENTRU PERSOANE CU HANDICAP

Subsemnatul/a _____

CNP _____ domiciliat/a in

Bucuresti, Str. _____

nr. _____, bl. _____, sc. _____, ap. _____ sector _____

Solicitare

Documente anexate

Solicitare plata cont

Extras de cont

Solicitare plata mandat postal

Foto copie C.I. titular/reprezentant legal

Data:

Semnatura:

TELEFON: _____