|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | В | О | т | д | е | л | е | н | и | е |  | Ф | о | н | д | а |  | п | е | н | с | и |
| о | н | н | о | г | о |  | и |  | с | о | ц | и | а | л | ь | н | о | г | о |  |
| с | т | р | а | х | о | в | а | н | и | я |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Р | о | с | с | и | й |  с | к | о | й |  | Ф | е | д | е | р | а | ц | и | и |  |
| п | о |  | К | а | л | и | н | и | н | г | р | а | д | с | к | о | й |  |  |  |
|  |  | о | б | л | а | с | т | и |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | (наименование территориального органа Социального фонда России) |
|  | От |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | (полное наименование организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (регистрационный номер страхователя, зарегистрированного в территориальном органе Социального фонда России)  |
|  |  |  |  |  |  |
| (код подчиненности) |  |
| **Заявление****о возмещении в 202\_ году произведенных расходов на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами** |
| В соответствии с подпунктом 6 пункта 1 статьи 18 Федерального закона от 24 июля 1998 года № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», прошу возместить произведенные в **202\_** году расходы на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и\_(или) опасными производственными факторами, |
| в сумме |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | руб. |  |  | коп. |
| в пределах разрешенной суммы согласно приказу |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| О | т | д | е | л | е | н | и | е |  | С | Ф | Р |  | п | о |  | К | а | л | и | н | и | н |
| г | р | а | д | с | к | о | й |  | о | б | л | а | с | т | и |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | (наименование территориального органа Социального фонда России) |
|  | от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ путем перечисления в кредитную организацию: |
|  | Наименование банка: |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Счет № |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| БИК |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Лицевой счет организации, который открыт в органах Федерального казначейства в соответствии с законодательством Российской Федерации |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Код бюджетной классификации |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| К заявлению прилагаются следующие документы, подтверждающие фактически произведенные расходы (указать какие): |
|  КОПИИ:1.2.3. |
| Руководитель |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| (наименование страхователя) |  | (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) |
| " |  | " |  |  | 20 | года |
| М.П. (при наличии) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Главный бухгалтер (при наличии) |  |  |  |  |
|  |  | (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) |

|  |
| --- |
| Документы представил: |
| Должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя (его уполномоченного представителя) либо фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица (его уполномоченного представителя), не признаваемого индивидуальным предпринимателем |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| (подпись) |  | (дата) |  |

|  |
| --- |
| Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного представителя) |
| + |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  | - |  |  | - |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Адрес электронной почты страхователя (его уполномоченного представителя) (при наличии) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Отметка должностного лица территориального органа Социального фонда России |
| Документы принял: |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) работника территориального органа Социального фонда России) |  | (подпись) |  | (дата) |
| Штамп территориального органа Социального фонда России |