|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  | От |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | (полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (регистрационный номер страхователя, зарегистрированного в территориальном органе Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации) |
| 1 | 3 | 0 | 0 |  |  |
| (код подчиненности) |  |

|  |
| --- |
| **Заявление****о возмещении в 20\_\_ 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 **20\_\_** **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 | Я |  | 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 | Ф |  | П | О |  | Р | Е | С | П | У | Б | Л | И | К |
| Е |  | М | О | Р | Д | О | В | И | Я |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации) |
| От «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 года N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ путем перечисления в кредитную организацию: |
| Наименование банка: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Счет N |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

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

|  |
| --- |
| Код бюджетной классификации |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ОКТМО

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| К заявлению прилагаются следующие документы, подтверждающие фактически произведенные расходы (указать какие): |
| № п/п | Наименование документа | Количество листов |
| 1 | 2 | 3 |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |
|   | **Всего** |   |
| 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 предоставил:** |
| 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 |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | М.П.(при наличии) |  |
| (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 Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации |
| Документы принял: |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) работника территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации) |  | (подпись) |  | (дата) |
| Штамп территориального органа Фонда |