|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ПЛАН  финансового обеспечения предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортного лечения работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами на 20\_\_ год | | |
|  |  |  |
|  | (наименование страхователя) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование предупредительных мер | Обоснование для проведения предупредительных мер (коллективный договор, соглашение по охране труда, перечень мероприятий по улучшению условий и охраны труда) | Срок исполнения | Единицы измерения | Количество | Планируемые расходы, руб. |
| всего |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Руководитель |  | |  |  |
|  | (подпись) | |  | (Ф.И.О.) (отчество указывается при наличии) |
|  |  | |  |  |
| Главный бухгалтер (при наличии) |  | |  |  |
|  | (подпись) | |  | (Ф.И.О.) (отчество указывается при наличии) |
|  |  | |  |  |
| "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ год |  | |  |  |
| М.П. (при наличии) |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| СОГЛАСОВАНО: |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |
| (наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) |  | (подпись) |  | (Ф.И.О.) (отчество указывается при наличии) |
|  |  |  |  |  |
| "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ год |  |  |  |  |
| М.П. (при наличии) |  |  |  |  |