**Рекомендуемый образец**

**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 | Планируемые расходы, руб. |
| 1 | 2 | 3 |
|  |  |  |

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) Фамилия, имя, отчество

Тел: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Главный бухгалтер (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) Фамилия, имя, отчество

Тел: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_год

М.П. (при наличии)

СОГЛАСОВАНО:

Председатель первичной профсоюзной

организации (при наличии)

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

(подпись) Фамилия, имя, отчество

"\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_год

Для обязательного заполнения\*

Исполнитель:

Тел:

Электронная почта: