**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: