|  |
| --- |
| ПЛАНфинансового 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, регистрационный №) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование предупредительных мер | Планируемые расходы\*, руб. |
| 1 | 2 | 3 |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Руководитель |  |  |  |
|  | подпись |  | фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) |
| Главный бухгалтер(при наличии) |  |  |  |
|  | подпись |  | фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) |
| «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ годМ.П. (при наличии) |
|  |  |  |  |
| Согласовано: |  |  |  |
| Председатель первичной профсоюзной организации (при наличии) |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество) (последнее - при наличии) |
| «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ год |

**ЗАПОЛНИТЬ ОБЯЗАТЕЛЬНО!**

**Ф.И.О. исполнителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **тел./эл. почта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\*Планируемые расходы не должны превышать сумм текущих страховых взносов, перечисляемых страхователем Фонду