Рекомендуемая форма

|  |
| --- |
| 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)  ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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\_\_ год  М.П. (при наличии) | | | |
|  |  |  |  |
| Согласовано: |  |  |  |
| Председатель первичной профсоюзной организации (при наличии) |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (фамилия, имя, отчество) (последнее - при наличии) |
| "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ год | | | |