Заявление о возмещении расходов на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами

Сведения о страхователе:

полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем: ;

регистрационный номер страхователя, зарегистрированного в территориальном органе Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее – территориальный   
орган Фонда): ;

код подчиненности: .

В соответствии со статьей 18 Федерального закона от 24 июля 1998 года № 125-ФЗ   
«Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| и профессиональных заболеваний» прошу возместить произведенные в 20 |  | году расходы на |

предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах   
с вредными и (или) опасными производственными факторами,

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| в сумме: |  | руб. |  | коп. в пределах разрешенной |

суммы согласно приказу.

Наименование территориального органа Фонда: ОСФР по Пермскому краю ;

дата приказа: решение ОСФР по Пермскому краю от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года ;

номер приказа: решение ОСФР по Пермскому краю № ;

путем перечисления в кредитную организацию:

наименование банка: ;

счет №: ;

БИК: ;

лицевой счет организации, который открыт в органах Федерального казначейства в   
соответствии с законодательством Российской Федерации: ;

код бюджетной классификации: ;

ОКТМО: .

К заявлению прилагаю документы, подтверждающие фактически произведенные расходы:

1) ;

2) .

Решение о возмещении расходов (либо об отказе в возмещении расходов) прошу вручить (направить) (нужное отметить):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| на личном приеме: |  | да, |  | нет; |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| с использованием средств почтовой связи: |  | да, |  | нет; |

в электронной форме с использованием федеральной государственной информационной   
системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг» (при условии подачи   
заявления в электронной форме посредством федеральной государственной информационной

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг»): |  | да, |  | нет. |

Руководитель страхователя:

подпись: ;

фамилия, имя, отчество (при наличии): ;

главный бухгалтер (при наличии):

подпись: ;

фамилия, имя, отчество (при наличии): .

Уполномоченный представитель страхователя: ;

подпись: ;

фамилия, имя, отчество (при наличии): ;

наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия уполномоченного представителя страхователя: ;

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| дата подписания: |  | . |  | . |  | г. |

место печати страхователя (при наличии): .

Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного   
представителя): .