|  |
| --- |
| Заявлениео 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](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=477396&dst=100207) Федерального закона от 24 июля 1998 года N 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 |  | ; |
| дата приказа: |  | ; |
| номер приказа: |  | ; |
| путем перечисления в кредитную организацию: |  |
| наименование банка: |  | ; |
| счет N: |  | ; |
| БИК: |  | ; |
| лицевой счет организации, который открыт в органах Федерального казначейства в соответствии с законодательством Российской Федерации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; |
| код бюджетной классификации: |  | ; |
| [ОКТМО](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=LAW&n=149911): |  | . |

|  |
| --- |
| 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): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |