|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 2025 год | | |
|  |  |  |
|  | (наименование страхователя) |  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Руководитель |  | |  |  |
|  | (подпись) | |  | (Ф.И.О.) (отчество указывается при наличии) |
| Главный бухгалтер (при наличии) |  | |  |  |
|  | (подпись) | |  | (Ф.И.О.) (отчество указывается при наличии) |
| "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ год |  | |  |  |
| М.П. (при наличии) |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| Согласовано:  Председатель первичной профсоюзной организации  (при наличии) |  | |  |  |
|  |  | (подпись) |  | (Ф.И.О.) (отчество указывается при наличии) |
| "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ год |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Контактный номер телефона (с указанием кода)

страхователя (уполномоченного представителя)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Адрес электронной почты страхователя (уполномоченного представителя) (при наличии) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |