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)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № 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)

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 год

М.П. (при наличии)

"Согласовано"

Председатель первичной

профсоюзной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(при наличии) (подпись) фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2025 год