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