

**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 _____;

дата приказа: _____;

номер приказа: _____;

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): _____.