

Форма

Руководителю _____

(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации, фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Заявление

о зачете (возврате) суммы излишне уплаченных страховых взносов, пеней и штрафов
в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации

Страхователь _____

(полное наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии)
индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в территориальном
органе Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

ИНН

КПП

Адрес в пределах места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес постоянного
места жительства индивидуального предпринимателя,
физического лица

_____,
_____,
_____,

в соответствии со статьей 26.12 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном
социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»
просит произвести:

(нужное отметить знаком «V»)

☐ зачет суммы излишне уплаченных страховых взносов, пеней и штрафов (нужное подчеркнуть)
в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации в следующих размерах:

Наименование показателя	Сумма (в рублях и копейках)
Страховые взносы	
Пени	
Штрафы	

в счет уплаты:

Наименование показателя	Сумма (в рублях и копейках)
Страховые взносы	
Пени	
Штрафы	

☐ возврат суммы излишне уплаченных страховых взносов, пеней и штрафов (нужное подчеркнуть)
в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации в следующих размерах:

Наименование показателя	Сумма (в рублях и копейках)
Страховые взносы	
Пени	
Штрафы	

путем перечисления денежных средств на счет страхователя

№ _____ в банке (иной кредитной организации)

_____ полное наименование банка (иной кредитной организации)

ИНН _____ КПП _____ корреспондентский счет _____

БИК _____ ОКТМО _____

№ лицевого счета _____ КБК _____

_____ (наименование финансового органа)

_____ (должность руководителя организации
(обособленного подразделения))

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество
(при наличии))

_____ (контактный телефон)

Главный бухгалтер

(заполняется при наличии
главного бухгалтера)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, имя, отчество
(при наличии))

_____ (контактный телефон)

от _____

(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

Законный или уполномоченный
представитель страхователя

_____ (подпись)

_____ фамилия, имя, отчество
(при наличии)

_____ (дата)

Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность законного или уполномоченного
представителя страхователя _____

Наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного или уполномоченного
представителя страхователя _____