От

(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 социального страхования Российской Федерации)

ИНН /

КПП

код подчиненности

Заявление
о возмещении в 2023 году произведенных 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

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 2023 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 социального страхования Российской Федерации)

от _____ № _____ путем перечисления в кредитную организацию:

Получатель:

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 прилагаются следующие документы, подтверждающие фактически произведенные расходы:

№ п/п	Наименование документа	Количество листов
1	2	3
	Всего	

Руководитель

_____ _____

_____

(наименование страхователя) (подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии)

“__” _____ 2023 года

М.П. (при наличии)

Главный бухгалтер (при наличии) _____

_____

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

Документы предоставил:

_____

_____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя (его уполномоченного представителя) либо фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица (его уполномоченного представителя), не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

_____ _____ М.П.

(подпись) (дата) (при наличии)

Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного представителя)

+								-								-			-		

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

Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Документы принял:

Код территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

_____ _____ _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) работника территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) (подпись) (дата)

Штамп территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации