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

|  |
| --- |
| **Заявление****о возврате суммы излишне взысканных 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 26.13 Федерального закона от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" просит произвести возврат сумм излишне взысканных 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 |
| N |  | в банке |  |
|  |  |  | (полное наименование банка) |
| ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ корреспондентский счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОКТМО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N 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 |
|  |