

Руководителю _____

(должность руководителя (заместителя
руководителя) органа контроля
за уплатой страховых взносов, Ф.И.О.)

**Заявление
о возврате сумм излишне уплаченных (взысканных) взносов на дополнительное
социальное обеспечение, пеней и штрафов**

Плательщик взносов на дополнительное социальное обеспечение _____

(полное наименование организации (обособленного подразделения))

регистрационный номер в территориальном органе ПФР _____,

ИНН _____,

КПП _____,

адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) _____,

в соответствии со статьей 21 Федерального закона от 3 июля 2016 г. № 250-ФЗ “О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона “О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса Российской Федерации в связи с передачей налоговым органам полномочий по администрированию страховых взносов на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование” просит произвести возврат излишне уплаченных сумм:

взносов, пеней и штрафов, уплачиваемых организациями, использующими труд членов летных экипажей воздушных судов гражданской авиации, зачисляемых в бюджет Пенсионного фонда Российской Федерации на выплату доплат к пенсии

взносов, пеней и штрафов, уплачиваемых организациями угольной промышленности в бюджет Пенсионного фонда Российской Федерации на выплату доплаты к пенсии

Нужное отметить
знаком “V”

(в рублях и копейках)

Наименование показателя	Сумма
Взносы на дополнительное социальное обеспечение	
Пени	
Штрафы	

путем перечисления денежных средств на счет плательщика взносов

№ _____ в банке _____
(полное наименование банка)

ИНН _____ КПП _____ корреспондентский счет _____

БИК _____ ОКТМО _____ № лицевого счета* _____

Должность руководителя организации (обособленного подразделения)

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О.) _____ (контактный телефон)

Главный бухгалтер** _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.) _____ (контактный телефон)

от _____ (дата)

Место печати плательщика
взносов на дополнительное
социальное обеспечение***

Уполномоченный представитель плательщика взносов на дополнительное социальное обеспечение

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О.) _____ (дата)

Документ, подтверждающий полномочия представителя плательщика взносов на дополнительное социальное обеспечение

* Заполняется организацией, у которой открыт лицевой счет.

** Заполняется при наличии главного бухгалтера.

*** Печать ставится при ее наличии.”