

форма

З А П И С К А

_____ Основное _____ По совместительству _____

(место работы – наименование организации)

Регистрационный N _____ / _____ Код подчиненности _____

ИНН нетрудоспособного: _____ СНИЛС _____

Условия исчисления _____ Акт формы N-1 от _____

Дата начала работы _____ Печать работодателя _____

Страховой стаж: _____ лет _____ мес. _____ лет _____ мес.

Причитається пособие за период: с _____ по _____

Средний заработок _____ к. _____ р. _____

Сумма пособия: за счет средств работодателя _____ к. _____ р. _____

Оплачиваются первые три дня болезни _____ р. _____

Итого начислено _____ р. _____ к. _____

Сумма пособия, выплачиваемая работнику _____ к. _____ р. _____

Фамилия и инициалы руководителя: _____ Подпись _____

Фамилия и инициалы гл. бухгалтера: _____ Подпись _____

Величина данного показателя влияет на сумму пособия

Дата акта о несчастном случае на производстве

Размер данного показателя не может превышать 133699

Данные из страхового свидетельства работника

Вне зависимости от размера пособия, выплаченного работодателем, возмещаются лишь суммы, рассчитанные исходя из страхового стажа