

Решение
об уточнении основания, типа и принадлежности платежа,
отчетного (расчетного) периода или статуса страхователя

от _____

№ _____

В соответствии с пунктом 12 статьи 26.1 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

(наименование территориального органа страховщика)

(фамилия, имя и отчество (при наличии) руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа страховщика)

РЕШИЛ:

на основании заявления страхователя, поступившего _____,

(число, месяц, год)

и акта совместной сверки расчетов по страховым взносам, пеням и штрафам* от _____ № _____ произвести

(дата подписания акта)

уточнение основания, типа и принадлежности платежа, отчетного (расчетного) периода или статуса страхователя

(полное наименование организации (обособленного подразделения),
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер страхователя _____

Код подчиненности _____

ИНН _____

КПП _____

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

1) Реквизиты платежного документа (поручения)

Наименование документа _____ № _____ Дата _____ Статус страхователя _____

Наименование (Ф.И.О. страхователя) _____ ИНН страхователя _____ КПП страхователя _____

Дата списания денежных средств со счета страхователя _____ ИНН получателя _____ КПП получателя _____

КБК** _____ ОКТМО _____ Основание платежа _____

Отчетный (расчетный) период _____ Тип платежа _____ Дата зачисления денежных средств на счет Федерального казначейства _____

2) Изменить на реквизиты платежного документа (поручения)***

ИНН страхователя _____ КПП страхователя _____ Статус страхователя _____

КБК** _____ Основание платежа _____ Отчетный (расчетный) период _____

Тип платежа _____

Руководитель (заместитель руководителя) территориального
органа Фонда социального страхования Российской Федерации

(подпись)

(расшифровка)

Место печати

территориального органа страховщика

“__” _____ 20__ г.

* заполняется в случае, если такая совместная сверка проводилась.

** уточнению подлежит код бюджетной классификации (КБК), администрируемый Фондом социального страхования Российской Федерации в рамках бюджета Фонда социального страхования Российской Федерации.

***заполняются в зависимости от причины уточнения.