

Руководителю _____

(должность руководителя (заместителя
руководителя) территориального
органа страховщика, Ф.И.О.)

Заявление

о зачете сумм излишне уплаченных страховых взносов
на обязательное социальное страхование от несчастных
случаев на производстве и профессиональных заболеваний,
пеней и штрафов в Фонд социального страхования
Российской Федерации

Страхователь _____

(полное наименование организации (обособленного подразделения),
фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя,
физического лица)

регистрационный номер в территориальном органе
страховщика _____,

код подчиненности _____,

ИНН _____,

КПП _____,

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

в соответствии со статьей 26.12 Федерального закона от 24 июля 1998 г.
N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на
производстве и профессиональных заболеваний" просит произвести:

<input type="checkbox"/>	- зачет сумм излишне уплаченных страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (далее - страховые взносы)	(нужное отметить знаком "V")
<input type="checkbox"/>	- межрегиональный зачет сумм страховых взносов	

в следующих размерах:

Наименование показателя	Сумма (в рублях и копейках)
Страховые взносы	
Пени	
Штрафы	

в счет уплаты:

Наименование показателя	Сумма (в рублях и копейках)
Страховые взносы	
Пени	
Штрафы	

Уточнение наименования платежа <*> _____

Наименование территориального органа страховщика,
в котором страхователь состоит на регистрационном
учете <*>

ИНН администратора доходов бюджета <*>

КПП администратора доходов бюджета <*>

Реквизиты счета органа Федерального казначейства по
месту регистрации страхователя <*>

ИНН органа Федерального казначейства <*>

КПП органа Федерального казначейства <*>

Наименование банка <*>

БИК <*>

Расчетный счет <*>

Код бюджетной классификации <*>

Код ОКТМО <*>

(должность руководителя организации (подпись) (Ф.И.О.) (контактный телефон)
(обособленного подразделения) <***>

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

от _____
(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

Законный или уполномоченный
представитель страхователя _____
(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность представителя
страхователя _____

Наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия
представителя страхователя _____

-
- <*> Заполняется страхователем в случае необходимости уточнить назначения платежа.
 - <*> Заполняется в случае проведения межрегионального зачета сумм страховых взносов.
 - <***> Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения).
 - <****> Заполняется при наличии главного бухгалтера.