

Руководителю _____

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

Заявление

о возврате 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 возврат сумм
излишне уплаченных страховых взносов на обязательное социальное страхование
от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, пеней
и штрафов (нужное подчеркнуть) (далее - страховые взносы, пени, штрафы) в
Фонд 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 _____ корр/счет _____

БИК _____ ОКТМО _____

N лицевого счета <*> _____ КБК _____

(наименование финансового органа)

(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 организацией, у которой открыт лицевой счет в органах Федерального казначейства.

<*> Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения).

<***> Заполняется при наличии главного бухгалтера.