Приложение № 3
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 04.02.2021 № 26
Форма

Опись представленных документов (сведений)

Сведения о страхователе:

Регистрационный номер 7715025871 /

Код подчиненности 77151

ИНН/КПП 7731347089 / 773101001

Настоящим удостоверяется, что Общество с ограниченной ответственностью "Уютный дом"
(полное наименование организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

представил в Филиал 15 ГУ – Московского регионального отделения ФСС РФ
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

следующие документы, необходимые для назначения и выплаты застрахованным лицам соответствующих видов пособий (оплаты отпуска):

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя	**Вид выплаты:** (код: «1» - пособие по временной нетрудоспособности; «2» - пособие по беременности и родам; «3» - единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских организациях в ранние сроки беременности; «4» - единовременное пособие при рождении ребенка; «5» - ежемесячное пособие по уходу за ребенком; «6» - пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве и профессиональным заболеванием; «9» - отпуск застрахованного лица (сверх ежегодного оплачиваемого отпуска, установленного законодательством Российской Федерации) на весь период лечения и проезда к месту лечения и обратно)	Краткое наименование документов (сведений)	Количество страниц
1	Фамилия: Машук Имя: Ксения Отчество (при наличии): Валерьевна СНИЛС 112-254-662 15	1	Заявление о выплате пособия, Листок нетруд-ти № 165613132132	4
2	Фамилия: Имя: Отчество (при наличии): СНИЛС			
3	Фамилия: Имя: Отчество (при наличии): СНИЛС			
4	Фамилия: Имя: Отчество (при наличии): СНИЛС			
5	Фамилия: Имя: Отчество (при наличии): СНИЛС			

БухЭксперт8 База ответов по учёту и ТС

Документы (сведения) представил:

Должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя (его уполномоченного представителя) либо фамилия, имя, отчество (при наличии) физического лица (его уполномоченного представителя), не признаваемого индивидуальным предпринимателем.

Главный бухгалтер
Агринский Петр Владимирович

(подпись) (дата) М.П. (при наличии)

Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного представителя)

+ 7 4 9 9 8 8 8 - 9 9 9 - 9 9 6 - -

Адрес электронной почты страхователя (уполномоченного представителя) udom2@mail.ru

Отметка должностного лица территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

Документы (сведения) принял:

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) работника территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) (подпись) (дата)

БухЭксперт8 База ответов по учёту в 1С