

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. № 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

№ _____ в банке _____
(полное наименование банка)

ИНН _____ КПП _____ корп/счет _____

БИК _____ ОКТМО _____

№ лицевого счета * _____ КБК _____

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

(наименование финансового органа)

(должность руководителя организации
(обособленного подразделения)**

(подпись)

(Ф.И.О.)

(контактный телефон)

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 руководителем организации (обособленного подразделения).

*** Заполняется при наличии главного бухгалтера.