

От	Г	О	С	У	Д	А	Р	С	Т	В	Е	Н	Н	О	Е						
	А	В	Т	О	Н	О	М	Н	О	Е		У	Ч	Р	Е	Ж	Д	Е	Н	И	Е
	"	Ж	И	Л	И	Щ	Н	И	К	"											

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя или физического лица, не признаваемого индивидуальным предпринимателем)

7	7	1	5	0	1	7	5	8	9	/	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(регистрационный номер страхователя, зарегистрированного в территориальном органе Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

7	7	1	5	1
---	---	---	---	---

(код подчиненности)

Заявление

о возмещении в 2023 году произведенных расходов на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами

В соответствии с подпунктом 6 пункта 1 статьи 18 Федерального закона от 24 июля 1998 года № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний», прошу возместить произведенные в 2023 году расходы на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами,

в сумме

3	0	0	0	0	-	-	-	-	-
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 руб.

0	0
---	---

 коп.

в пределах разрешенной суммы согласно приказу

О	С	Ф	Р		П	О		О	Р	Е	Н	Б	У	Р	Г	С	К	О	Й		О	Б	Л
---	---	---	---	--	---	---	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	---	---	---

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

от 15 ИЮЛЯ 2023 Г. № 152 путем перечисления в кредитную организацию:

страхователя (уполномоченного представителя)

+	7	3	5	3		7	7	7	-	2	3	-	1	2								
---	---	---	---	---	--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Адрес электронной почты
страхователя (уполномоченного
представителя) (при наличии)

m	a	s	l	@	y	a	.	g	u													
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Отметка должностного лица территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

Документы принял:

Род территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования
Российской Федерации:

--	--	--	--	--	--

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

(подпись)

(дата)

Штамп территориального органа Фонда
пенсионного и социального страхования
Российской Федерации