**Управляющему**

**Государственным учреждением – Новосибирским Региональным**

**отделением Фонда социального страхования РФ Иванову А.Ф.**

ООО «Ламия»

5501039142/ 544501001

633011, Новосибирская обл., Бердск, Промышленный пер.,

д. 2А/11
Тел. 908-318-09-70

Исход. № 1 Дата 30.03.2015 г.

**Заявление**

Общество с ограниченной ответственностью «Ламия», регистрационный номер страхователя 5510100073

Полное наименование организации, регистрационный номер страхователя в ФСС РФ

просит Вас возместить дебиторскую задолженность, сложившуюся по состоянию на 31 марта 2015 г.

в сумме 5 481,2 руб. (Пять тысяч четыреста восемьдесят один рубль 20 копеек) сумма прописью
на оплату в том числе:

|  |  |
| --- | --- |
| Расходы по обязательному социальному страхованию:  | Расходы по обязательному соц. страхованию (от несч. случ. на пр-ве и проф. заболеваний): |
| 1. по временной нетрудоспособности в сумме - | 5 481,2 руб. | 1. по временной нетрудоспособности в  |  |
| 2. по беременности и родам в сумме - | \_\_\_\_\_\_руб. | связи с несчастным случаями на  |  |
| 3. по уходу за 1 ребенком до полутора лет в сумме | \_\_\_\_\_\_руб. | производстве и в связи с проф. заболеваниями в сумме - | \_\_\_\_\_\_руб. |
| 4. по уходу за 2 ребенком до полутора лет в сумме  | \_\_\_\_\_\_руб. |  |  |
| 5. при рождении ребенка в сумме - | \_\_\_\_\_\_руб. |  |  |
| 6.социальное пособие на погребение или возмещение стоимости гарантированного перечня услуг по погребению в сумме - |  \_ руб. | 2.оплата отпуска для санаторно-курортного лечения застрахованным в сумме - | \_\_\_\_\_\_руб. |
| 7.оплата дополнительных выходных дней по уходу за детьми – инвалидами в сумме - | \_\_\_\_\_\_руб. | 3. излишне уплаченные страховые взносы | \_\_\_\_\_\_руб. |
| 8.единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности в сумме - | \_\_\_\_\_\_ руб. |   | . |

**В соответствии с п.10 Положения о Фонде социального страхования Российской Федерации, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 12 февраля 1994 г. N 101 «Ответственность за правильность начисления и расходования средств государственного социального страхования несет администрация страхователя в лице руководителя и главного бухгалтера».**

**При обращении за возмещением средств: пособия выплачены.**

Денежные средства перечислить по следующим реквизитам (*обязательно заполнить все поля согласно своим реквизитам*):

Получатель**:** Общество с ограниченной ответственностью «Ламия», ИНН 5501039142, КПП 544501001
указать ИНН организации, КПП, Полное наименование организации

Расчетный ~~(лицевой)~~ счет 40702810500000012696

 (лишнее зачеркнуть)

Наименование банка АО "РАЙФФАЙЗЕНБАНК"

Корреспондирующий счет 30101810200000000700 БИК банка 044525700

Код классификации расходов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(для бюджетных организаций приказ №152Н

от 21.12.2005) (администратор средств, раздел, целевая статья, вид расходов, статья экономической классификации)

М.П. организации Подписи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Михайлов А.П.

  подпись директора расшифровка подписи

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Воеводская О.Д.

  подпись бухгалтера расшифровка подписи

Название муниципального образования (Район) Новосибирская область г. Бердск

**Примечание** (заполняется специалистом ФСС РФ с отметкой подписи и даты)

Ф.И.О. специалиста:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность специалиста: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Регистрационный № страхователя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, вид налога \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сумма \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2010\_ г. Подпись специалиста\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (расшифровка) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_