Руководителю Филиала № 1 СПб РО ФСС РФ

 Петровой Е.В.

(должность руководителя (заместителя руководителя)
органа контроля за уплатой страховых взносов, Ф.И.О.)

**Заявление
о выделении необходимых средств на выплату страхового обеспечения**

Страхователь ООО «znaybiz.ru»

(полное наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| регистрационный номер в органе контроля за уплатой страховых взносов | 7830011223 | , |
| код подчиненности | 78071 | , |
| ИНН | 7811223344 | , |
| КПП | 781101001 | , |
| адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица | 190000, Санкт-Петербург, Невский пр., д.1 | , |

в соответствии со статьей 4.6 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» просит выделить средства на выплату страхового обеспечения **за январь-декабрь 2020 г**. в сумме **30595,64 (Тридцать тысяч пятьсот девяносто пять рублей 64 копейки)**

путем перечисления денежных средств на счет страхователя:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | 40702811122233344455 | в банке | ПАО БАНК «Капитал» |
|  |  |  | (полное наименование банка) |

|  |  |
| --- | --- |
| корр/счет | 3010181112223334455 |

 БИК 044030222

Генеральный директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Иванов И.И.) +79211234567

(должность руководителя (подпись) (Ф.И.О) (контактный телефон)

организации(обособленного

подразделения)) <\*\*>

Главный бухгалтер <[[1]](#footnote-1)\*\*\*> \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Смирнова Е.С.) +79219876543

 ( подпись) (Ф.И.О) (контактный телефон)

Место печати (при наличии)

страхователя

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Законный или уполномоченный представитель страхователя |  |  |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (Ф.И.О.) |  | (дата) |

Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность представителя страхователя\_\_\_\_\_

Документ, подтверждающий полномочия представителя страхователя Доверенность

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Справка-расчет, представляемая при обращении за выделением средств на выплату страхового обеспечения (Приложение 1 к Заявлению о выделении необходимых средств на выплату страхового обеспечения) и Расшифровка расходов на цели обязательного социального страхования и расходов, осуществляемых за счет межбюджетных трансфертов из федерального бюджета (Приложение 2 к Заявлению о выделении необходимых средств на выплату страхового обеспечения) страхователем представлены

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.) (дата)

1. <\*\*> Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения)

<\*\*\*> Заполняется при наличии главного бухгалтера [↑](#footnote-ref-1)