Приложение N 2

к приказу Фонда пенсионного

и социального страхования

Российской Федерации

от 7 июня 2023 г. N 1027

Форма

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Руководителю |  |
|  |  | |
|  | (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации, фамилия, имя, отчество (при наличии) | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заявление  о зачете (возврате) суммы излишне уплаченных страховых взносов, пеней и штрафов в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации | | | | | | | | | | | | | | |
| Страхователь | |  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| (полное наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица) | | | | | | | | | | | | | | |
| регистрационный номер в территориальном органе Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации | | | | | | | | | |  | | | | , | | | |
| ИНН | | | | | | | | | |  | | | | , | | | |
| КПП | | | | | | | | | |  | | | | , | | | |
| Адрес в пределах 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. N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" просит произвести:  (нужное отметить знаком "V") | | | | | | | | | | | | | | |
| зачет суммы излишне уплаченных страховых взносов, пеней и штрафов (нужное подчеркнуть) в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации в следующих размерах: | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование показателя | | | | | | | Сумма (в рублях и копейках) | | | | | | | | | | | |
| Страховые взносы | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Пени | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Штрафы | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| в счет уплаты: | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование показателя | | | | | | | Сумма (в рублях и копейках) | | | | | | | | | | | |
| Страховые взносы | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Пени | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Штрафы | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| возврат суммы излишне уплаченных страховых взносов, пеней и штрафов (нужное подчеркнуть) в Фонд пенсионного и 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  N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в банке (иной кредитной организации) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| полное наименование банка (иной кредитной организации) | | | | | | | | | | | | | | |
| ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ корреспондентский счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ОКТМО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  N лицевого счета \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КБК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| (наименование финансового органа) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | |  |  | |  |  |  | | | |
| (должность руководителя организации (обособленного подразделения) | | | | | |  | | (подпись) |  | | (фамилия, имя, отчество (при наличии) |  | (контактный телефон) | | | |
| Главный бухгалтер  (заполняется при наличии главного бухгалтера) | | | |  | | | | |  | |  |  |  | | | |
| (подпись) | | | | |  | | (фамилия, имя, отчество (при наличии) |  | (контактный телефон) | | | |
| от |  | |  |  | | | | |  | |  |  |  | | | |
|  | (дата) | |  |  | | | | |  | |  |  |  | | | |
| Место печати (при наличии) страхователя | | | |  | | | | |  | |  |  |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Законный или уполномоченный представитель страхователя |  |  |  |  |  |  | |
|  |  | (подпись) |  | фамилия, имя, отчество (при наличии) |  | (дата) | |
| Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность законного или уполномоченного представителя страхователя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного или уполномоченного представителя страхователя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
|  | | | | | | |