

Форма 22-ФСС РФ

Руководителю филиала № 15 ГУ МРО

ФСС РФ Петровой П.П.

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

Заявление о зачете сумм излишне уплаченных страховых взносов, пеней и штрафов в Фонд социального страхования Российской Федерации

Плательщик страховых взносов Общество с ограниченной ответственностью «Работодатель»,
(полное наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя,
отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)
регистрационный номер в органе контроля за уплатой
страховых взносов 1111111111,
код подчиненности 11111,
ИНН 111111111,
КПП 111111111,
адрес места нахождения организации (обособленного
подразделения)/адрес постоянного места жительства
индивидуального предпринимателя, физического лица 111111, г. Москва, ул. Московская, д. 1,

в соответствии со статьей 26 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ “О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования” и статьей 22.1 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ “Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний” просит произвести:

- зачет сумм излишне уплаченных страховых взносов
 - межрегиональный зачет сумм страховых взносов

(нужное
отметить
знаком “V”)

в следующих размерах:

(в рублях и копейках)

Наименование показателя	На обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством	На обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний
Страховые взносы	10000,00	-
Пени	-	-
Штрафы	-	-

в счет уплаты:

(в рублях и копейках)

Наименование показателя	На обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством	На обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний
Страховые взносы	-	9500,00
Пени	-	500,00
Штрафы	-	-

Уточнение наименования платежа * _____

Наименование органа контроля за уплатой страховых взносов (Отделения Фонда социального страхования Российской Федерации), в котором плательщик страховых взносов состоит на регистрационном учете ** _____

ИНН администратора доходов бюджета ** _____

КПП администратора доходов бюджета ** _____

Реквизиты счета органа Федерального казначейства по месту регистрации плательщика страховых взносов ** _____

ИНН органа Федерального казначейства ** _____

КПП органа Федерального казначейства ** _____

Наименование банка ** _____

БИК ** _____

Расчетный счет ** _____

Код бюджетной классификации ** _____

Код ОКТМО ** _____

Генеральный директор
(должность руководителя организации
(обособленного подразделения))***



(подпись)

Иванов И.И.
(Ф.И.О.)

8(495)111-11-11
(контактный телефон)

Главный бухгалтер ****



(подпись)

Сидорова С.С.
(Ф.И.О.)

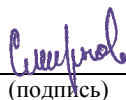
8(495)111-11-11
(контактный телефон)

от 01.02.2017г.

(дата)

Место печати (при наличии)
плательщика страховых взносов

Законный или уполномоченный
плательщика страховых взносов



(подпись)

Смирнов С.С.
(Ф.И.О.)

представитель
01.02.2017
(дата)

Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность представителя плательщика страховых взносов паспорт РФ серия 11 11 № 111111, выдан 01.01.2010 Воскресенским РОВД Московской области, код подразделения 000-000

Документ, подтверждающий полномочия представителя плательщика страховых взносов доверенность
№ 1 от 01.01.2017

* Заполняется плательщиком страховых взносов в случае необходимости уточнить назначения платежа.
** Заполняется в случае проведения межрегионального зачета сумм страховых взносов.
*** Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения).
**** Заполняется при наличии главного бухгалтера.