

Приложение № 4
к постановлению Правления ПФР
от 22 декабря 2015 г. № 511п

Форма 24-ПФР

Руководителю ГУ ПФР N 7 по Москве и
Московской области Петрову Н.Н.

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

Заявление о возврате сумм излишне взысканных страховых взносов, пеней и штрафов

Плательщик страховых взносов Общество с ограниченной ответственностью «Калейдоскоп» ,
(полное наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя,
отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в органе контроля
за уплатой страховых взносов 087-407-123456 ,

ИНН 7718123456 ,

КПП 771801001 ,

адрес места нахождения организации (обособленного
подразделения)/адрес постоянного места жительства
индивидуального предпринимателя, физического лица 107113, г.Москва, ул. Шумкина, д.40 ,

в соответствии со статьей 27 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” (далее – Федеральный закон от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ) просит произвести возврат излишне взысканных сумм:

- страховых взносов на обязательное пенсионное страхование, пеней и штрафов в Пенсионный фонд Российской Федерации
- страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения, пеней и штрафов в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
- страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения, пеней и штрафов, ранее зачислявшихся в бюджеты территориальных органов обязательного медицинского страхования (по расчетным периодам, истекшим до 1 января 2012 года)
- по дополнительным тарифам страховых взносов, пеням и штрафам в Пенсионный фонд Российской Федерации
- штрафов, налагаемых Пенсионным фондом Российской Федерации и его территориальными органами в соответствии со статьей 46 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ
- штрафов, налагаемых Пенсионным фондом Российской Федерации и его территориальными органами в соответствии со статьей 48 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ

(нужное
отметить знаком
“V”)

в следующих размерах:

(в рублях и копейках)

Наименование показателя	В Пенсионный фонд Российской Федерации					В Федеральный фонд обязательного медицинского страхования		штрафы, налагаемые ПФР и его территориальными органами в соответствии со статьей 46 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ	штрафы, налагаемые ПФР и его территориальными органами в соответствии со статьей 48 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ
	всего	в том числе				на обязательное медицинское страхование работающего населения, поступающие от плательщиков	на обязательное медицинское страхование работающего населения, ранее зачислившиеся в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования (по расчетным периодам, истекшим до 1 января 2012 года)		
		на страховую пенсию	на накопительную пенсию	по дополнительным тарифам					
			ч. 1 ст. 58.3 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ	ч. 2 ст. 58.3 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ					
Страховые взносы	0,00	7260,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	X	X
Пени	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	X	X
Штрафы	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

путем перечисления денежных средств на счет плательщика страховых взносов

№ 40705810940000011215 в банке Публичное акционерное общество «Атлас-Банк»
(полное наименование банка)

ИНН 7718123456 КПП 771801001 корреспондентский счет 3010181040000000123

БИК 044525121 ОКТМО 45315000

№ лицевого счета * _____

Генеральный директор Гришин Гришин С.Г. (495) 112-33-45
(должность руководителя организации (обособленного подразделения)** (подпись) (Ф.И.О.) (контактный телефон)

Главный бухгалтер *** Денисенко Денисенко Т.В. (495) 112-33-45
(подпись) (Ф.И.О.) (контактный телефон)

от 3 августа 2016 г.
(дата)

Место печати плательщика страховых взносов ****

Законный или уполномоченный представитель плательщика страховых взносов _____
(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность представителя плательщика страховых взносов _____

Документ, подтверждающий полномочия представителя плательщика страховых взносов _____

* Заполняется организацией, у которой открыт лицевой счет в органах Федерального казначейства.

** Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения).

*** Заполняется при наличии главного бухгалтера.

**** Печать ставится при ее наличии.