

Приложение
к приказу Минздравсоцразвития
России
от 11.12.2009 № 979н
Форма ПФР

Руководителю

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

от _____
(дата)

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

Плательщик страховых взносов _____
(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О.
индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в органе контроля за уплатой страховых
взносов _____

ИНН _____

КПП _____

Адрес места нахождения организации (обособленного
подразделения) / адрес постоянного места жительства
индивидуального предпринимателя, физического лица _____

в соответствии со статьей 27 Федерального закона от 24.07.2009 г. № 212-ФЗ "О страховых взносах в
Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации,
Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного
медицинского страхования" просит произвести возврат сумм излишне взысканных страховых взносов,
пеней, штрафов в Пенсионный фонд Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного
(ненужное зачеркнуть)

медицинского страхования, территориальный фонд обязательного медицинского страхования
в следующих размерах:

(в рублях)

	на обязательное пенсионное страхование в Пенсионный фонд Российской Федерации			на обязательное медицинское страхование	
	Всего	в том числе:		в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	в территориальный фонд обязательного медицинского страхования
		на страховую часть трудовой пенсии	на накопительную часть трудовой пенсии		
страховых взносов					
пеней					
штрафов					
проценты на сумму излишне взысканных страховых взносов					

путем перечисления денежных средств на счет плательщика страховых взносов
№ _____ банка _____ ИНН _____ КПП _____
(полное наименование банка)

ОКАТО _____ БИК _____

Руководитель организации (обособленного подразделения),
индивидуальный предприниматель, физическое лицо

(Ф.И.О.)

(подпись)

(контактный телефон)

Главный бухгалтер _____ (Ф.И.О.) _____ (подпись) _____ (контактный телефон)

Место печати плательщика страховых взносов