

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 уплаченных (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 ст. ст. 26, 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 уплаченных 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)

	в Пенсионный фонд Российской Федерации			в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	в территориальный фонд обязательного медицинского страхования
	Всего	в том числе:			
		на страховую часть трудовой пенсии	на накопительную часть трудовой пенсии		
страховых взносов					
пеней					
штрафов					

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

КПП \_\_\_\_\_ ОКАТО \_\_\_\_\_ БИК \_\_\_\_\_ кор.счет банка \_\_\_\_\_

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