

Место штампа органа контроля
за уплатой страховых взносов

Решение
о возврате сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов,
пеней и штрафов в Фонд социального страхования Российской Федерации

от _____ № _____

В соответствии _____ Федерального закона от 24 июля 2009 г.
(со статьей 26/статьей 27 – указать нужную)

№ 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) 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”

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

(фамилия, имя и отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

РЕШИЛ:

1. Произвести возврат сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов на основании:

- заявления плательщика страховых взносов от “ ___ ” _____ 20__ г. № _____ ,
 решения суда от “ ___ ” _____ 20__ г. № _____ ,
 акта совместной сверки расчетов по страховым взносам, пеням и штрафам от
“ ___ ” _____ 20__ г. № _____

2. Отказать в проведении возврата сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов, пеней, штрафов (нужное подчеркнуть) на основании :

- несоблюдения срока, предусмотренного частью 13 статьи 26 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ
 несоблюдения срока, предусмотренного частью 5 статьи 27 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ
 прочее

(нужное отметить
знаком “V”)

(полное наименование организации (обособленного подразделения),

фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в органе контроля за уплатой
страховых взносов _____,

код подчиненности _____,

ИНН _____,

КПП _____,

ОКТМО _____,

адрес места нахождения организации (обособленного
подразделения)/адрес постоянного места жительства
индивидуального предпринимателя, физического лица _____,
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		
Пени		
Штрафы		
Проценты на сумму излишне взысканных страховых взносов		

Суммы излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов подлежат возврату путем перечисления денежных средств на счет плательщика страховых взносов:

№ _____ в банке _____
(полное наименование банка)

ИНН _____ КПП _____ корреспондентский счет _____

БИК _____ ОКТМО _____

№ лицевого счета *1 _____

(подпись) _____ (Ф.И.О.)

Место печати органа контроля
за уплатой страховых взносов

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