|  |
| --- |
| Директору \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (название отделения Фонда)Фонда социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством Донецкой Народной Республики\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.) |

**ЗАЯВКА-РАСЧЕТ**

Просим произвести финансирование для предоставления материального обеспечения застрахованным лицам за счет средств Фонда. Сообщаем наши реквизиты:

НАИМЕНОВАНИЕ СТРАХОВАТЕЛЯ

|  |
| --- |
|  |
| Местонахождение страхователя  |  |
| Регистрационный номер страхователя |  |
| Дата регистрации в Донецкой Народной Республике  |  |
| Идентификационный код юридического лица(идентификационный налоговый номер физического лица) |  |
| Телефон |  |  |
| Наименование банка: |  |
| код Банка  |  | № счета |  |
| Состояние производства по делу о банкротстве: не возбуждено, возбуждено |
| (нужное подчеркнуть) | (стадия | ) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Виды материального обеспечения | Количество пособий  | Сумма(российских рублей) |
| 1 | На погребение |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_ \_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г. | Руководитель предприятия(организации) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (подпись) (Ф.И.О.) |
| М.П. | Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (подпись) (Ф.И.О.) |