Приложение 2  
к Временному порядку частичного финансирования оздоровления детей застрахованных лиц в детских оздоровительных учреждениях за счет средств Фонда социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством Донецкой Народной Республики (п. 2.1.2)

**РЕЕСТР**

**на частичное финансирование оздоровления детей за счет средств  
Фонда социального страхования на случай временной нетрудоспособности  
и в связи с материнством Донецкой Народной Республики**\*  
В\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(полное наименование детского оздоровительного учреждения и его местонахождение)

на 20\_\_\_ года

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Полное наименование страхователя | Местонахожд ение страхователя | ИКЮЛ | Количест во детей | Сумма финансиро вания, рос.руб. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Смена: . Дата заезда:

Продолжительность оздоровительной смены: дней.

Директор отделения Фонда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

(ФИО)

Главный бухгалтер

отделения Фонда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (ФИО)

М.П.

(\*) Составляется на каждую оздоровительную смену.