

к Временному порядку назначения и выплаты материального обеспечения застрахованным лицам на территории Донецкой Народной Республики за счет средств Фонда социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством (пункт 2)

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 в дней	Сумма (российских рублей)
1	На погребение		

_____ 201__ г. Руководитель предприятия
 _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)
 М.П. Главный бухгалтер _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)