Приложение № 2

к Порядку назначения, перерасчета и проведения страховых выплат

Уведомление о выплате пособия по временной нетрудоспособности пострадавшему

 Полное наименование страхователя (фамилия, имя, отчество для физических лиц) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Местонахождение страхователя (для физических лиц – место жительства) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер телефона \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ОГРН ЕГРЮЛ (регистрационный номер учетной карточки физического лица - плательщика налогов, кроме лиц, которые в силу своих религиозных убеждений отказались от принятия регистрационного номера учетной карточки физического лица - плательщика налогов, уведомили об этом соответствующий орган налоговой службы и имеют соответствующую отметку в паспорте или документ, подтверждающий право уплачивать платежи по фамилии, имени, отчеству и серии, номеру паспорта)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| п/п | Фамилия, имя, отчество пострадавшего | Данные регистрационного номера карточки плательщика налогов или серия и номер паспорта пострадавшего | Данные листка нетрудоспособности | Дата выплаты пособия по временной нетрудоспособности пострадавшему | Сумма за счет средств Фонда (в рос. руб. с коп.) |
|  |  |  | серия | номер |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Руководитель учреждения (подпись) (фамилия, имя, отчество)

Главный бухгалтер (подпись) (фамилия, имя, отчество)

М.П. (при наличии) Дата