

РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ОБРАЗЕЦ

Руководителю _____

(должность руководителя (заместителя
руководителя) органа контроля за уплатой
страховых взносов, Ф.И.О.)

**Заявление
о возврате сумм излишне уплаченных (взысканных) взносов на
дополнительное социальное обеспечение, пеней и штрафов**

Плательщик взносов на дополнительное социальное обеспечение _____
_____,
(полное наименование организации (обособленного подразделения))

регистрационный номер в
территориальном органе ПФР _____,

ИНН _____,

КПП _____,

адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения) _____,

в соответствии со [статьей 21](#) Федерального закона от 3 июля 2016 г.
N 250-ФЗ "О внесении изменений в отдельные законодательные акты
Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных
законодательных актов (положений законодательных актов) Российской
Федерации в связи с принятием Федерального закона "О внесении изменений в
часть первую и вторую Налогового кодекса Российской Федерации в связи с
передачей налоговым органам полномочий по администрированию страховых
взносов на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование"

просит произвести возврат излишне уплаченных сумм:

- ☐ - взносов, пеней и штрафов, уплачиваемых организациями, использующими труд членов летных экипажей воздушных судов гражданской авиации, зачисляемых в бюджет Пенсионного фонда Российской Федерации на выплату доплат к пенсии
- ☐ - взносов, пеней и штрафов, уплачиваемых организациями угольной промышленности в бюджет Пенсионного фонда Российской Федерации на выплату доплаты к пенсии

Нужное
отметить
знаком "v"

(в рублях и копейках)

Наименование показателя	Сумма
Взносы на дополнительное социальное обеспечение	
Пени	
Штрафы	

путем перечисления денежных средств на счет плательщика взносов

N _____ в банке _____
(полное наименование банка)
ИНН _____ КПП _____ корреспондентский счет _____
[БИК](#) _____ [ОКТМО](#) _____ N лицевого счета* _____

Должность руководителя организации (обособленного подразделения)

(подпись)

(Φ.И.О.)

(контактный телефон)

Главный
бухгалтер**

(подпись)

(Φ.И.О.)

(контактный телефон)

OT

(дата)

Место печати плательщика
взносов на дополнительное
социальное обеспечение***

Уполномоченный представитель плательщика взносов на дополнительное социальное обеспечение

(ПОДПИСЬ)

(Ф.И.О.)

(дата)

Документ, подтверждающий полномочия представителя плательщика взносов на дополнительное социальное обеспечение

* Заполняется организацией, у которой открыт лицевой счет.

**** Заполняется при наличии главного бухгалтера.**

*** Печать ставится при ее наличии."