

Сведения о страхователе:

Регистрационный номер /

Код подчиненности ИНН КПП

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства страхователя-физического лица:
 Индекс

Регион Район

Населенный пункт

Улица

Дом Корпус Строение Квартира

**Банковские реквизиты для перечисления средств
на возмещение расходов на выплату пособия по временной нетрудоспособности**

Наименование банка:

Счет № - - - БИК

Лицевой счет организации *

* Заполняется организацией, у которой открыт лицевой счет в органах Федерального казначейства в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации. Иные страхователи данную строку не заполняют

Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного представителя) +7 () -

Документы представил:

Должность, Ф.И.О. уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения) либо Ф.И.О. страхователя-физического лица (его уполномоченного представителя):

_____ М.П.

подпись

