

Заявление о возврате сумм излишне взысканных страховых взносов, пеней, штрафов. Форма № 24-ПФР (образец заполнения)

Форма 24-ПФР

Руководителю

ГУ - Отделение Пенсионного фонда РФ
по Алтайскому краю
Трофимову Борису Александровичу

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

Заявление

о возврате сумм излишне взысканных страховых взносов,
пеней, штрафов

Общество с ограниченной ответственностью
"Дела семейные"

Плательщик страховых взносов -----,

(полное наименование организации
(обособленного подразделения), Ф.И.О.

индивидуального предпринимателя,
физического лица)

регистрационный номер в органе контроля 256-852-703215

за уплатой страховых взносов -----

2222048089

ИНН -----

222201001

КПП -----

адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства 656099, г. Барнаул,

индивидуального предпринимателя, ул. Папанинцев, д. 10

физического лица -----,

в соответствии со статьей 27 Федерального закона от 24 июля 2009 г. N 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования" просит произвести возврат сумм излишне взысканных -страховых взносов на обязательное пенсионное страхование, пеней, штрафов в Пенсионный фонд Российской Федерации, страховых взносов на обязательное медицинское страхование, пеней, штрафов в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования,- страховых взносов на обязательное медицинское страхование, пеней, штрафов в территориальный фонд обязательного медицинского страхования, а также процентов на сумму излишне взысканных страховых взносов (ненужное зачеркнуть) в следующих размерах:

(в рублях)

Наименование показателя	В Пенсионный фонд Российской Федерации	В Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	В территориальный фонд обязательного медицинского страхования
Страхование накопительную часть трудовой пенсии	-	-	-
Пени	-	-	-
Штрафы	-	-	-
Проценты на сумму излишне взысканных страховых взносов	-	-	-
Итого	5100,00	200,00	1300,00

путем перечисления денежных средств на счет плательщика страховых взносов
40702810947000040078 Городское ОСБ N 8203 Алтайского края

№ ----- в банке -----
(полное наименование банка)
2259003852 222401001 54246822000
ИНН ----- КПП ----- ОКATO -----

040173604

БИК -----.

Руководитель организации (обособленного подразделения),
индивидуальный предприниматель, физическое лицо
генеральный

директор Гришаева К.П. Гришаева (3852) 26-18-55

----- (должность) ¹

(Ф.И.О.) (подпись) (контактный телефон)

Бегункова Е.Л. Бегункова (3852) 26-18-56

Главный бухгалтер -----

(Ф.И.О.) (подпись) (контактный телефон)

15.06.2011 Печать

от ----- ООО

(дата) "Дела семейные"

Место печати/плательщика страховых взносов

¹ Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения).

Источник - "Зарплата", 2011, № 7

Сохраните в закладки наш сайт: Blank-Образец.Ru

Прямая ссылка на документ:

[https://blank-](https://blank-образец.ru/zayavlenie_o_vozvrate_summ_izlishne_vzyskannyx_straxovyx_vznosov_penej_shtrafov_forma_n_24_pfr)

[образец.ru/zayavlenie_o_vozvrate_summ_izlishne_vzyskannyx_straxovyx_vznosov_penej_shtrafov_forma_n_24_pfr](https://blank-образец.ru/zayavlenie_o_vozvrate_summ_izlishne_vzyskannyx_straxovyx_vznosov_penej_shtrafov_forma_n_24_pfr)