

Заявление о возврате сумм излишне взысканных взносов на дополнительное социальное обеспечение, пеней и штрафов. Форма № 24дсо-ПФР

Приложение N 4 к Приказу Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 21 ноября 2013 г. N 692н

Форма 24дсо-ПФР

Руководителю

(должность руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа
Пенсионного фонда Российской Федерации
(далее - ПФР), Ф.И.О.)

Заявление

о возврате сумм излишне 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 4.1 Федерального закона от 27 ноября 2001 г. | Нужное

|| N 155-ФЗ "О дополнительном социальном обеспечении членов | отметить

---- летных экипажей воздушных судов гражданской авиации" | знаком

№ "У"

статьей 7 Федерального закона от 10 мая 2010 г.

№ 84-ФЗ "О дополнительном социальном обеспечении"

отдельных категорий работников организаций угольной промышленности"

и статьей 27 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования"

просит произвести возврат излишне взысканных взносов на дополнительное социальное обеспечение, пеней и штрафов в ПФР в следующих размерах:

(в рублях и копейках)

Наименование показателя Сумма

Взносы на дополнительное социальное обеспечение

Пени

Штрафы

путем перечисления денежных средств на счет плательщика взносов:

№ _____ в банке _____

(полное наименование банка)

ИНН _____ КПП _____ корреспондентский счет _____

БИК _____ ОКТМО _____ № лицевого счета ¹

Должность руководителя организации (обособленного подразделения)

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

Главный бухгалтер

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

от _____

(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 _____

1 Заполняется организацией, у которой открыт лицевой счет.

Источник - Приказ Минтруда России от 21.11.2013 № 692н

Сохраните в закладки наш сайт: Blank-Образец.Ru

Прямая ссылка на документ:

[https://blank-
obrazets.ru/zayavlenie_o_vozvrate_summ_izlishne_vzyskannyx_vznosov_na_dopolnitelnoe_socialnoe_obespechenie_p](https://blank-obrazets.ru/zayavlenie_o_vozvrate_summ_izlishne_vzyskannyx_vznosov_na_dopolnitelnoe_socialnoe_obespechenie_p)