

Форма 23-ФСС РФ

Руководителю РО ФСС № 14

Семенову Ивану Ивановичу

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

**Заявление  
о возврате сумм излишне уплаченных страховых взносов, пеней и штрафов**

Платательщик страховых взносов Общество с ограниченной ответственностью «СтройМир»,  
(полное наименование организации (обособленного подразделения),  
фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального  
предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в органе контроля за уплатой  
страховых взносов 3425216171,

код подчиненности 34584,

ИНН 18584984393,

КПП 2435364,

адрес места нахождения организации (обособленного  
подразделения)/адрес постоянного места жительства  
индивидуального предпринимателя, физического лица Г. Казань, ул. Авиации, д. 147, оф. 12,

в соответствии со статьей 26 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 сумм излишне  
уплаченных страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной  
нетрудоспособности и в связи с материнством, пеней, штрафов в Фонд социального страхования Российской  
Федерации в следующих размерах:

страховые взносы 2530,00 руб., пени - руб., штрафы - руб.

путем перечисления денежных средств на счет плательщика страховых взносов

№ 4635374765476556581761 в банке ОАО «БанкКир»  
(полное наименование банка)

ИНН 183646558876 КПП 38970872650708 корп/счет 5227856520000000897

БИК 876785267 ОКATO 765646546368

№ лицевого счета \* \_\_\_\_\_

|                                                                         |           |              |                      |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------|----------------------|
| директор                                                                | Широков   | Широков А.С. | 8(767)876-25-67      |
| (должность руководителя организации<br>(обособленного подразделения))** | (подпись) | (Ф.И.О.)     | (контактный телефон) |

|                       |           |              |                      |
|-----------------------|-----------|--------------|----------------------|
| Главный бухгалтер *** | Тишкина   | Тишкина А.М. | 8(876)986-87-56      |
|                       | (подпись) | (Ф.И.О.)     | (контактный телефон) |

от 15.05.2016  
(дата)

Место печати  
плательщика  
страховых взносов

\*\* Заполняется организацией, у которой открыт лицевой счет в органах Федерального казначейства.

\*\*\* Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения).

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

Законный или уполномоченный  
представитель плательщика  
страховых взносов

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_

(дата)

Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность представителя плательщика  
страховых взносов \_\_\_\_\_

Документ, подтверждающий полномочия представителя плательщика страховых взносов \_\_\_\_\_