Приложение 2
к Правилам осуществления
возврата плательщикам излишне
(ошибочно) зачисленных сумм
отчислений, взносов и (или) пени
за несвоевременную и (или) неполную
уплату отчислений и (или) взносов

Заявление

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                        (Ф.И.О. (при его наличии), дата рождения)
ИИН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Настоящим даю согласие на возврат излишне (ошибочно) уплаченных взносов на
обязательное социальное медицинское страхование в мою пользу в сумме\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
за период (ы) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (год, месяц) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                  (подпись)                   (дата)