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)