Приложение 3
к Правилам осуществления
возврата плательщикам излишне
(ошибочно) зачисленных сумм
отчислений, взносов и (или) пени
за несвоевременную и (или) неполную
уплату отчислений и (или) взносов

Справка-подтверждение

|  |  |
| --- | --- |
|  | подтверждает, |
| (наименование плательщика отчислений и (или) (взносов), и (или) пени) |  |
| что при уплате отчислений и (или) взносов и (или) пени в НАО "Фонд социального медицинского страхования" были допущены ошибки в списках работников и физических лиц, за которых производились отчисления и (или) взносы в следующих платежных поручениях: |
| № п/п | № платежного поручения | Дата платежного поручения | Общая сумма платежного поручения | Референс | Индивидуальный идентификационный номер) | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) | Дата рождения | Перечислено ошибочно (тенге) | Надлежало перечислить (тенге) |
|  |  |  |  |  |  |  |  | Период | Сумма (тенге) | Период | Сумма (тенге) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Скачать |

      Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                        (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) /подпись)
Главный бухгалтер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                        (Фамилия, имя, отчество (при его наличии) /подпись)
Место печати (при наличии)