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)