Приложение № 3
к приказу Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации
от 4 декабря 2013 г. № 712н

Форма 22-ПФР

Руководителю

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

**Заявление**

**о зачете сумм излишне уплаченных страховых взносов, пеней и штрафов**

Плательщик страховых взносов ,

(полное наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| регистрационный номер в органе контроля за уплатой страховых взносов |  | , |
| ИНН |  | , |
| КПП |  | , |
| адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица |  | , |

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” (далее – Федеральный закон от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ) просит произвести:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | - зачет сумм излишне уплаченных страховых взносов | (нужноеотметитьзнаком “V”) |
|  |  |
|  | - межрегиональный зачет сумм страховых взносов |

в следующих размерах:

(в рублях и копейках)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование показателя | В Пенсионный фонд Российской Федерации | В Федеральный фонд обязательного медицинского страхования |
| всего | в том числе |
| на страховую часть трудовой пенсии | на накопи­тель­ную часть трудовой пенсии | по дополнительным тарифам |
| ч. 1 ст. 58.3 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ | ч. 2 ст. 58.3 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ | на обяза­тельное медицинс­кое страхо­вание работаю­щего населения, поступаю­щие от платель­щиков | на обяза­тельное медицинс­кое страхо­вание работаю­щего населения, ранее зачисляв­шиеся в бюд­жеты терри­ториаль­ных фондов обяза­тель­ного меди­цинс­кого страхо­вания (по расчетным периодам, истекшим до1 января 2012 года) |
| Страховые взносы |  |  |  |  |  |  |  |
| Пени |  |  |  |  |  |  |  |
| Штрафы |  |  |  |  |  |  |  |

в счет уплаты:

(в рублях и копейках)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование показателя | В Пенсионный фонд Российской Федерации | В Федеральный фонд обязательного медицинского страхования |
| всего | в том числе |
| на страховую часть трудовой пенсии | на накопи­тель­ную часть трудовой пенсии | по дополнительным тарифам |
| ч. 1 ст. 58.3 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ | ч. 2 ст. 58.3 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ | на обяза­тельное медицинс­кое страхо­вание работаю­щего населения, поступаю­щие от платель­щиков | на обяза­тельное медицинс­кое страхо­вание работаю­щего населения, ранее зачисляв­шиеся в бюд­жеты терри­ториаль­ных фондов обяза­тель­ного меди­цинс­кого страхо­вания (по расчетным периодам, истекшим до1 января 2012 года) |
| Страховые взносы |  |  |  |  |  |  |  |
| Пени |  |  |  |  |  |  |  |
| Штрафы |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование органа контроля за уплатой страховых взносов (Отделения ПФР), в котором плательщик страховых взносов состоит на регистрационном учете [[1]](#footnote-1)\* |  |
| ИНН администратора доходов бюджета \* |  |
| КПП администратора доходов бюджета \* |  |
| Реквизиты счета органа Федерального казначейства по месту регистрации плательщика страховых взносов \* |  |
| ИНН органа Федерального казначейства \* |  |
| КПП органа Федерального казначейства \* |  |
| Наименование банка \* |  |
| БИК \* |  |
| Расчетный счет \* |  |
| Код бюджетной классификации \* |  |
| Код ОКАТО \* |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| (должность руководителя организации (обособленного подразделения))[[2]](#footnote-2)\*\* |  | (подпись) |  | (Ф.И.О.) |  | (контактный телефон) |
| Главный бухгалтер [[3]](#footnote-3)\*\*\* |  |  |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (Ф.И.О.) |  | (контактный телефон) |

от

(дата)

Место печати плательщика страховых взносов

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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

1. \* Заполняется в случае проведения межрегионального зачета сумм страховых взносов. [↑](#footnote-ref-1)
2. \*\* Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения). [↑](#footnote-ref-2)
3. \*\*\* Заполняется при наличии главного бухгалтера. [↑](#footnote-ref-3)