

Форма

Приложение
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25 декабря 2014 г. № 631

КВИТАНЦИЯ № _____ от « ____ » _____ 20 ____ г.
(дата выдачи квитанции)

о приеме местной администрацией от страхователей – физических лиц денежных средств в счет уплаты страховых взносов, пеней и штрафов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, администрируемых территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации

Код по ОГРН _____
(ОГРН местной администрации)

_____ (полное наименование местной администрации, осуществляющей прием денежных средств от страхователя – физического лица)

Получатель платежа _____
(наименование в сокращенном виде органа Федерального казначейства и в скобках – наименование

_____ территориального органа страховщика)
ИНН _____ КПП _____
(указывается ИНН территориального органа страховщика) (указывается КПП территориального органа страховщика)

Счет № _____

Банк получателя _____
(наименование банка получателя платежа)

БИК банка получателя _____

Корсчет № банка _____

Принято от страхователя – физического лица _____
(Фамилия, имя, отчество * страхователя – физического лица (без сокращений))

ИНН страхователя – физического лица (при наличии) _____ Статус лица, оформившего расчетный документ _____

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика _____

Код подчиненности (при наличии) _____

Адрес места жительства страхователя – физического лица _____
(почтовый индекс, наименование субъекта Российской Федерации, район, город, населенный пункт, улица; номер дома, корпуса, квартиры)

Паспорт № _____ Дата выдачи паспорта « ____ » _____ г.
Назначение платежа _____
(серия паспорта) (номер паспорта)

КБК _____
(страховые взносы, пени и штрафы)

ОКТМО _____

Сумма прописью _____ руб. коп. _____, _____
(рубли прописываются, копейки проставляются цифрой) (сумма цифрой)

Принял _____ (должность уполномоченного лица) _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи: фамилия, имя, отчество (без сокращений))

Место печати _____ Подпись страхователя – физического лица _____

* Отчество указывается при наличии.