

Форма 22-ПФР

Руководителю Управления Пенсионного фонда России

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа

контроля за уплатой страховых взносов, Ф.И.О.)

**ЗАЯВЛЕНИЕ
О ЗАЧЕТЕ СУММ ИЗЛИШНЕ УПЛАЧЕННЫХ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ, ПЕНЕЙ, ШТРАФОВ**

Плательщик страховых взносов _____,
(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О.
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. N 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования" просит произвести зачет сумм излишне уплаченных страховых взносов на обязательное пенсионное страхование, пеней, штрафов в Пенсионный фонд Российской Федерации, страховых взносов на обязательное медицинское страхование, пеней и штрафов в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, страховых взносов на обязательное медицинское страхование, пеней, штрафов в территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ненужное зачеркнуть) в счет предстоящих платежей в следующих размерах:

Наименование показателя	В Пенсионный фонд Российской Федерации			В Федеральный фонд обязательного медицинского страхования	В территориальный фонд обязательного медицинского страхования
	всего	в том числе			
		на страховую часть трудовой пенсии	на накопительную часть трудовой пенсии		
Страховые взносы					
Пени					
Штрафы					

Руководитель организации (обособленного подразделения),
индивидуальный предприниматель, физическое лицо
генеральный директор

(должность) <*>

(Ф.И.О.)

(подпись)

(контактный телефон)

Главный бухгалтер (и.о.)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(контактный телефон)

от _____
(дата)

Место печати плательщика
страховых взносов

<*> Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения).