

Anexa nr.1
UNITATEA.....
Localitatea.....,Str. nr,
bl., sc., et., ap, jud.
Telefon / Fax:, E-mail.....
Codul fiscal
Cont IBAN
Trezoreria / Banca
Nr. de ieșire reg. societate :/.....

Către,
Casa Județeană de Pensii Bistrița-Năsăud

S.C., cod fiscal, cu sediul social în, str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ..., jud., cont IBAN, deschis la Trezoreria /Banca.....vă rugăm a ne vira suma de lei, reprezentând indemnizații pentru incapacitate temporară de muncă, cauzate de accidente de muncă și boli profesionale plătite asiguraților salariați, care potrivit art.19 alin.6) din Legea nr.346/2002, privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli profesionale, republicată și actualizată, se recuperează din sumele prevăzute pentru asigurarea la accidente de muncă și boli profesionale în bugetul asigurărilor sociale de stat.

La prezenta cerere depunem un număr de certificate de concediu medical aferente lunii anul, pentru care se solicită restituirea sumelor.

Anexăm prezentei un nr. de documente justificative.

Ne asumăm răspunderea pentru realitatea datelor prezentate mai sus și pentru corectitudinea determinării drepturilor de indemnizații.

Director,
(Administrator)
.....

Director economic,
.....

Data
.....

