

S.C.....
Str. nr., bl.,
sc., et., ap., localitate/județ Suceava
Telefon / Fax:
E-mail.....
Codul fiscal
Cont IBAN
Trezoreria/Banca
Nr. de ieșire reg. societate:/.....

**Către,
Casa Județeană de Pensii Suceava**

S.C., cod fiscal, cu sediul social în
....., str. nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ...,
sectorul, 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
aferele lunii anul, pentru care se solicită restituirea sumelor.

Anexăm prezentei un nr. de documente.

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

Director,
(Administrator)
.....

Director economic,
.....

Data