

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).