Anexa 1

S.C...................................................

Str. .......................... nr. ….., bl. …..,

sc. ….., et. ….., ap. …..., sector/localitate/județ .......................,

Telefon / Fax: ….………………

E-mail…………………….

Codul fiscal .........................................

Cont IBAN ..................................................

Trezoreria/Banca .................................

Nr. de ieșire reg. societate: ............../...............................

 **Către,**

 **Casa teritorială de pensii \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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 indemnizaţii pentru incapacitate temporară de muncă, cauzate de accidente de muncă şi boli profesionale plătite asiguraţilor salariaţi, care potrivit <LLNK 12005 158182 3:2 38 58>art.19 alin. 6 din Legea nr. 346/2002, privind asigurarea pentru accidente de muncă şi boli profesionale, republicată şi actualizată, se recuperează din sumele prevăzute pentru asigurarea la accidente de muncă şi boli profesionale în bugetul asigurărilor sociale de stat.

La prezenta cerere depunem un număr de ........... certificate de concediu medical aferente lunii ........................... 2018, pentru care se solicită restituirea sumelor.

Anexăm prezentei un nr. de ……………….. documente.

Ne asumăm răspunderea pentru realitatea datelor prezentate mai sus şi pentru corectitudinea determinării drepturilor de indemnizaţii.

Director, Director economic,

(Administrator)

 .......................... …….....................

 Data …………………