

Societatea comerciala.....
Str.....nr.....,bl.....,
Sc.....,et.....,ap....., localitate....., judet.....
Nr. telefon/fax.....
Adresa de e-mail.....
Cod fiscal.....
Cont IBAN.....
Trezoreria/Banca.....
Nr. de iesire reg.societate...../.....

Catre,

CASA JUDETEANA DE PENSII BRAILA

S.C....., CF.....,
cu sediul social in localitatea....., str....., nr.....,
bl....., sc....., et....., ap....., judetul....., cont IBAN
....., deschis la trezoreria/banca
....., va rugam a ne vira suma de lei,
reprezentand indemnizatii pentru incapacitate temporara de munca, cauzate de accidente de
munca si/sau boala profesionala platite asiguratilor salariati, care potrivit art. 19 alin. 6 din
Legea nr. 346/2002, privind asigurarea pentru accidente de munca si boli profesionale,
republicata si actualizata, se recupereaza din sumele prevazute pentru asigurarea la accidente
de munca si boli profesionale in bugetul asigurarilor sociale de stat.

La prezenta cerere depunem un numar decertIFICATE de concediu medical
aferente lunii.....anul....., pentru care se solicita restituirea sumelor.

Anexam prezentei un nr. dedocumente.

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

Director
(Administrator)

.....
Data.....

Director economic
(Sef compar. financiar contabil)

.....