

Сведения о страхователе:

Регистрационный номер /

Код подчиненности ИНН КПП

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства страхователя-физического лица:
 Индекс
 Регион Район
 Населенный пункт
 Улица
 Дом Корпус Строение Квартира

Банковские реквизиты для перечисления средств на возмещение расходов на оплату четырех дополнительных выходных дней одному из родителей (опекуну, попечителю) для ухода за детьми-инвалидами

Наименование банка:

Счет № - - - БИК

Лицевой счет организации **

** Заполняется организацией, у которой открыт лицевой счет в органах Федерального казначейства в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации. Иные страхователи данную строку не заполняют

Контактный номер телефона (с указанием кода) страхователя (уполномоченного представителя) +7 () -

Документы представил:

Должность, Ф.И.О. уполномоченного представителя организации (обособленного подразделения) либо Ф.И.О. страхователя-физического лица (его уполномоченного представителя):

_____ подпись	М.П.
------------------	------

