

Додаток 4
до Порядку отримання
застрахованими особами і членами
їх сімей санаторно-курортного
лікування, що сплачується за рахунок
коштів Фонду з тимчасової
втрати працездатності

ДОВІДКА
ДЛЯ ОТРИМАННЯ ПУТІВКИ ДО РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ВІДДІЛЕННЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО
ЗАКЛАДУ
ЗА РАХУНОК КОШТІВ ФОНДУ СОЦІАЛЬНОГО СТРАХУВАННЯ З ТИМЧАСОВОЇ ВТРАТИ
ПРАЦЕЗДАТНОСТІ

надана _____, _____ року народження,
(прізвище, ім'я, по батькові)

у тому, що він (вона) працює на посаді _____
В _____,
(найменування підприємства, установи, організації, прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи)

що є платником єдиного внеску та перебуває на обліку в органі Фонду
соціального страхування з тимчасової втрати працездатності (далі – Фонд).
Підприємство (установа, організація, фізична особа) перебуває на обліку в

(найменування районної, міжрайонної, міської виконавчої дирекції)

_____ обласного (міського) відділення Фонду за № _____
та бере участь у загальнообов'язковому державному соціальному страхуванні
з тимчасової втрати працездатності на _____ засадах.
(загальних, добровільних (вказати словами))

Код за ЄДРПОУ _____ Телефон _____
(реєстраційний номер облікової картки
платника податку фізичної особи згідно з
Державним реєстром фізичних осіб –
платників податків та інших обов'язкових
платежів)

Протягом _____ календарного року путівку на санаторно-курортне лікування,
(вказати рік)

у тому числі до реабілітаційного відділення санаторно-курортного закладу, за
рахунок коштів Фонду _____
(не отримував(ла), отримував(ла) (вказати словами))

Дата заповнення довідки “ _____ ” _____ 20__ року.

Керівник _____
(підпис) (прізвище, ім'я, по батькові)

Головний бухгалтер _____ М. П. _____
(підпис) (прізвище, ім'я, по батькові)

Голова комісії (уповноважений)
із соціального страхування

(підпис)

(прізвище, ім'я, по батькові)

Заповнюється за місцем обліку страхувальника в органі Фонду

(найменування підприємства, установи, організації, прізвище, ім'я, по батькові фізичної особи)

перебуває на обліку в _____ районній, міжрайонній,
міській виконавчій дирекції _____ обласного (міського)
відділення Фонду за № _____

Директор

(підпис)

М. П.

(прізвище, ім'я, по батькові)

“ _____ ” _____ 20__ року.

*{Додаток 4 в редакції Постанови Фонду соціального страхування з тимчасової
втрати працездатності № 18 від 30.05.2014}*