
Зарегистрировано в Минюсте РФ 29 июля 2011 г. N 21514

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ПРИКАЗ
от 11 июля 2011 г. N 709н

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ ЗАЯВЛЕНИЯ
О ВОЗМЕЩЕНИИ В 2012 И 2013 ГОДАХ СТРАХОВАТЕЛЮ,
ЗАРЕГИСТРИРОВАННОМУ В ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ОРГАНАХ ФОНДА
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, НАХОДЯЩИХСЯ
НА ТЕРРИТОРИИ СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, УЧАСТВУЮЩИХ
В РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА, ПРОИЗВЕДЕННЫХ РАСХОДОВ
НА ОПЛАТУ ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНЫХ МЕР ПО СОКРАЩЕНИЮ
ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ТРАВМАТИЗМА И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ РАБОТНИКОВ И САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ
РАБОТНИКОВ, ЗАНЯТЫХ НА РАБОТАХ С ВРЕДНЫМИ
И (ИЛИ) ОПАСНЫМИ ПРОИЗВОДСТВЕННЫМИ ФАКТОРАМИ**
Список изменяющих документов
(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 10.02.2012 N 112н)

В соответствии с пунктом 4 Положения об особенностях возмещения расходов страхователя в 2012 и 2013 годах на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2011 г. N 294 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 18, ст. 2633; 2012, N 1, ст. 100), приказываю:

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 10.02.2012 N 112н)

Утвердить по согласованию с Фондом социального страхования Российской Федерации **форму заявления** о возмещении в 2012 и 2013 годах страхователю, зарегистрированному в территориальных органах Фонда социального страхования Российской Федерации, находящихся на территории субъектов Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, произведенных расходов на оплату предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортного лечения работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, согласно приложению.

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ от 10.02.2012 N 112н)

Министр
Т.А.ГОЛИКОВА

"__" _____ 201_ год

Главный бухгалтер _____
(подпись) (Ф.И.О.) (дата)

Документы представлены в полном объеме, проверены и приняты

(должность ответственного лица
территориального органа Фонда
социального страхования
Российской Федерации)

(подпись) (Ф.И.О.)

(дата приема заявления)
