

UNITATEA

.....
Str. nr.,
bl., sc., et., ap.
LocJud.....
Codul fiscal
Contul
Banca(Trezorerie)
Adresa e- mail:
Nr. /.....

Către Casa de Asigurări de Sănătate a județului Teleorman

Unitatea,cod fiscal, cu sediul în localitatea, str.nr., b....., sc., et., ap., cont, deschis la Banca, vă rugăm a ne vira suma de(.....) lei, reprezentând diferența dintre suma indemnizațiilor convenite (tip indemnizații):

- J1 incapacitate temporară de muncă lei;
- J2 prevenire îmbolnăvirelei;
- J3 sarcină și lăuzie lei;
- J4 îngrijire copil bolnav lei;
- J5 risc maternal lei;

și contribuția de concedii și indemnizații de asigurări sociale de sănătate datorată de angajator pe luna/an, după cum urmează:

- totalul cuantumului prestațiilor de suportat din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate pentru concedii și indemnizații plătite pe luna an....., suma: lei;
- totalul contribuțiilor pentru concedii și indemnizații datorat de angajator pe luna/an, suma: lei;
- totalul sumei de recuperat de la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate pentru concedii și indemnizații pe luna/an, suma: lei.

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

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

Anexe:

- centralizator privind certificatele de concediu medical aferent lunii/anului
- copie Declarație privind obligațiile de plată a contribuțiilor sociale, a impozitului pe venit și evidența nominală a persoanelor asigurate prevăzută în HG 1.397/2010 (Declarația 112)

Director,
(Administrator)

.....

Director economic,

.....