

S.C. ....  
 Str. .... nr. ...., bl. ....,  
 sc. ...., et. ...., ap. ...., sector/localitate/județ .....,  
 Telefon / Fax: .....  
 E-mail.....  
 Codul fiscal .....  
 Cont IBAN .....  
 Trezoreria/Banca .....  
 Nr. de ieșire reg. societate: ...../.....

Către,  
 Casa teritorială de pensii \_\_\_\_\_

S.C. ...., cod fiscal ....., cu sediul social în  
 ....., str. .... nr. ..., bl. ..., sc. ..., et. ..., ap. ....,  
 sectorul ....., cont IBAN ....., deschis la Trezoreria/Banca  
 ....., vă rugăm a ne vira suma de .....  
 lei, reprezentând indemnizații pentru incapacitate temporară de muncă, cauzate de  
 accidente de muncă și boli profesionale plătite asiguraților salariați, care potrivit art.19  
 alin. 6 din Legea nr. 346/2002, privind asigurarea pentru accidente de muncă și boli  
 profesionale, republicată și actualizată, se recuperează din sumele prevăzute pentru  
 asigurarea la accidente de muncă și boli profesionale în bugetul asigurărilor sociale de  
 stat.

La prezenta cerere depunem un număr de ..... certificate de concediu medical  
 aferente lunii ..... 2018, pentru care se solicită restituirea sumelor.

Anexăm prezentei un nr. de ..... documente.

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

Director,  
 (Administrator)

.....

Data .....

Director economic,

.....