

Anexa 1

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
aferele 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)

.....

Director economic,

.....

Data

Anexa 3

S.C.
 Str. nr. bl.
 sc., et., ap., sector/localitate/județ
 Telefon /Fax:
 E-mail:
 Codul fiscal

ADEVERINȚĂ
 câștiguri brute realizate lunar - anterior manifestării riscului

pentru :
 Nume, prenume:
 CNP:

Nr. crt.	Luna	Câștigul brut realizat lunar	Observații
1.	prima lună anterioară manifestării riscului		
2.	a doua lună ...		
3.			
4.			
5.			
6.	a șasea lună.		
TOTAL			

Alte mențiuni:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ne asumăm răspunderea pentru realitatea datelor prezentate mai sus și pentru corectitudinea determinării acestora.

Director,
 (Administrator)

.....

Director economic,

.....

Data