

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

**Către,
 Casa de Pensii a Municipiului București**

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 luniianul, 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