

S.C. _____

C.U.I. _____

ADRESA _____

TELEFON _____

**Către,
CASA JUDEȚEANĂ DE PENSII ARAD**

S.C. _____, C.U.I. _____, adresa
_____, cod poștal _____ vă rugăm a ne vira **suma**
de _____ *lei reprezentând:

Tip indemnizație*	Nr. zile	Nr. cazuri	Suma (lei)*
a) indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă cauzată de accidente de muncă și boli profesionale			
b) indemnizație pentru trecere temporară în alt loc de muncă datorat accidentelor de muncă și bolilor profesionale			
c) indemnizație pentru reducerea timpului de muncă datorat accidentelor de muncă și bolilor profesionale			
d) indemnizație pe durata cursurilor de calificare și reconversie profesională			

- 1. Contribuție fond accidente datorat de angajator pe luna ____/anul _____ suma _____ lei;
- 2. Indemnizații din F.A.A.M.B.P. de plată pe luna luna ____/anul _____ suma _____ lei;
- 3. Indemnizații din F.A.A.M.B.P. plătite pe luna luna ____/anul _____ suma _____ lei;
- **4. Total de rambursat pe luna ____/anul _____ suma _____ lei *(4=2-3)**

Vă comunicăm contul IBAN nr. _____ deschis la banca
_____.

Precizăm că societatea a depus declarația nominală aferentă lunii ____/anul _____ sub nr.
_____/_____.

Anexăm următoarele documente justificative:

- copie O.P.H.T. privind F.A.A.M.B.P. asigurați pe luna ____/anul _____ (ct. 22090403);
- anexele nr. 39 aferente indemnizațiilor din luna ____/anul _____.

DIRECTOR (Administrator),

Șef compar. Financiar-Contabil(Contabil Șef),

* suma de virat corespunde cu suma de rambursat și se defalcă pe tipuri de indemnizații