

S. C. _____
 Str. _____ nr. _____
 bl. ____, sc. __ et. __ ap. __, Loc. _____
 Telefon / Fax: _____
 E-mail _____
 Codul fiscal _____
 Nr. de ieșire reg. societate: _____/_____

Către,

Casa Județeană de Pensii Arad

S.C. _____, cod fiscal _____,
 cu sediul social în _____, str. _____
 nr._____, bl._____, sc._____, et._____, ap. _____, județul _____,
 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 _____/_____, pentru care se solicită restituirea
 sumelor.

Anexam 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 _____