**Справка, подтверждающая факт осуществления работы работником, а также содержащей сведения о наличии у работника заболевания (синдрома) или осложнений, вызванных новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), с отражением способа осуществления выплат работнику для перечисления единовременной страховой выплаты от \_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Фамилия, имя, отчество |  | | | | | | | | | | | | |
| 1. Дата рождения | Число | |  | Месяц | | |  | | | Год | |  | |
| 1. Паспортные данные: | Серия | |  | Номер | | |  | | | Дата выдачи | |  | |
| Кем выдан | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 1. СНИЛС |  | | | | | | | | | | | | |
| 1. Место проживания: |  | | | | | | | | | | | | |
| Субъект Российской Федерации |  | | | | | | | | | | | | |
| Район |  | | | | Город | | |  | | | | | |
| Улица |  | | | | | дом | | |  | | квартира | |  |
| 1. Место работы: |  | | | | | | | | | | | | |
| 1. Телефон: |  | | | | | | | | | | | | |
| 1. Должность: |  | | | | | | | | | | | | |
| 1. Период работы: |  | | | | | | | | | | | | |
| 1. Перенесенные заболевания: |  | | | | | | | | | | | | |
| 1. Период перенесенного заболевания: | |  | | | | | | | | | | | |
| 1. Состояние здоровья |  | | | | | | | | | | | | |
| 1. Способ получения денежных средств (почтовый перевод или перечисление на расчётный счет): | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Перечисление на расчетный счет: | | ~~Почтовый перевод:~~ | |
| Лицевой счет: |  | Индекс: |  |
| Расчетный счет: |  | Город: |  |
| Наименование банка: |  | Улица: |  |
| БИК: |  | Дом: |  |
| ИНН: |  | Квартира: |  |
| КПП: |  |  |  |
| Номер банковской карты: |  |  |  |
| ФИО держателя карты: |  |  |  |

Председатель врачебной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Представитель медицинской организации,

установившей случай заболевания работника \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Представитель фонда социального страхования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Дата выдачи справки:

20 мая 2020 г.

Главный врач «….» Фамилия Имя Отчество

Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.