**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.