**Образцы документов для обоснования затрат**

**Перечень средств индивидуальной защиты,
приобретаемых в 2020 году за счет сумм страховых взносов на обязательное социальное страхование
от несчастных случаев и профессиональных заболеваний (п. 4.1 «а» Правил)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование страхователя, рег. номер)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование средств индивидуальной защиты | Количество обеспечиваемых работников (чел.) | Количество средств индивидуальной защиты (шт., пар) | Цена изделия (руб.) | Стоимость (руб.) | Дата изготовления | Срок годности |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО: |  |  | \* |  | \* |  |

\* – ячейка не заполняется

Руководитель        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

     (подпись)

М. П.

**Перечень дезинфицирующих средств и дозирующих устройств,
приобретаемых в 2020 году за счет сумм страховых взносов на обязательное социальное страхование
от несчастных случаев и профессиональных заболеваний (п. 4.1 «б» Правил)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование страхователя, рег. номер)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование средств индивидуальной защиты | Количество обеспечиваемых работников (чел.) | Количество средств индивидуальной защиты (шт., тюб.) | Ценаизделия (руб.) | Стоимость(руб.) | Дата изготовления | Срок годности |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | \* | \* |
| ИТОГО: |  |  | \* |  | \* | \* |

\* – ячейка не заполняется

Руководитель        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

     (подпись)

М. П.

**Перечень дезинфицирующих средств и устройств (оборудования),
приобретаемых в 2020 году за счет сумм страховых взносов на обязательное социальное страхование
от несчастных случаев и профессиональных заболеваний (п. 4.1 «в» Правил)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование страхователя, рег. номер)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование средств индивидуальной защиты | Регистраци­онное удостоверение на медицинское изделие (номер, дата) | Название средств индивидуальной защиты | Коли­чес­­тво средств индивидуальной защиты (шт., тюб.) | Цена изделия (руб.) | Стои­мость (руб.) | Дата изготовления | Срок год­ности |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | \* |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО: |  | \* |  | \* | \* |

\* – ячейка не заполняется

Руководитель        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

     (подпись)

М. П.

**Перечень устройств (оборудования) для бесконтактного контроля температуры тела,
приобретаемых в 2020 году за счет сумм страховых взносов на обязательное социальное страхование
от несчастных случаев и профессиональных заболеваний (п. 4.1 «г» Правил)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование страхователя, рег. номер)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование средств индивидуальной защиты | Регистрационное удостоверение на медицинское изделие (номер, дата) | Название средств индивидуальной защиты | Количество средств индивидуальной защиты(шт., тюб.) | Цена изделия (руб.) | Стоимость (руб.) | Дата изготовле-ния | Срок годности |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО: |  | \* |  | \* | \* |

\* – ячейка не заполняется

Руководитель        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

     (подпись)

М. П.

**Список работников,
направляемых на обследование COVID­19**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Ф. И. О. работника | Стоимость обследования одного работника |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ИТОГО: |  |

Руководитель        \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

     (подпись)

М. П.