**ПЛАН**

**финансового обеспечения предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортного лечения работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами на \_\_\_\_** **год**

Государственное автономное учреждение «Жилищник»

(наименование страхователя)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование предупредительных мер** | **Планируемые расходы, руб.** |
| **1** | **2** | **3** |
| \_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_ |
| \_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_ |
| \_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_ |

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

(подпись) (Ф. И. О.) (последнее – при наличии)

Главный бухгалтер (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф. И. О.) (последнее – при наличии)

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

М. П. (при наличии)

СОГЛАСОВАНО:

Председатель первичной профсоюзной организации (при наличии)

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

(подпись) (Ф. И. О.) (последнее – при наличии)

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