

всього за результатами перевірки донараховано _____ грн,
(загальна сума словами)

які протягом 10 робочих днів із дня надходження рішення підлягають
перерахуванню (сплаті) на бюджетний рахунок _____
(номер рахунку)

Найменування отримувача _____

Код отримувача _____

Реквізит «Призначення платежу» платіжної інструкції:

(код виду сплати)

(додаткова інформація запису)

У разі несплати суми штрафу у визначений строк до

(найменування / прізвище, ім'я, по батькові платника внеску)

буде вжито заходів відповідно до чинного законодавства.

Оскарження рішення платником внеску може бути здійснене до податкового органу вищого рівня протягом 10 робочих днів, що настають за днем отримання цього рішення, у порядку, визначеному частиною двадцять шостою статті 20¹ Закону України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні».

(посада особи, яка прийняла рішення)

(підпис)

(Власне ім'я та ПРІЗВИЩЕ)

М.П.

Примірник рішення отримано:

(посада особи, яка отримала рішення)

(підпис)

(Власне ім'я та ПРІЗВИЩЕ)

« _____ » _____ 20__ року
(дата отримання рішення)
