

06.11.2018

Савеловский районный суд г.Москвы

от истца : **Беляничев Сергей Александрович**,
зарегистрированный по адресу: 125367 Москва,
ул. Береговая д.8, к.1, кв.50
моб.тел: 8 985 923 07 14
е-майл: sergal2009@mail.ru

от: **3-е лица, вышедшего с самостоятельным иском:** Николаевой Надежды Антоновны,
зарегистрированная по адресу: 125367 Москва,
ул. Береговая д.8, к.1, кв.50

ГД№2-306/18
(судья **Иванова О.А.**)

ХОДАТАЙСТВО
по ст.169 ГПК РФ

В производстве Савеловского суда г.Москвы, находится на рассмотрении ГД №2-306/18 иск Беляничева С.А. о взыскании с ООО «Сетелем банк» за нарушение прав потребителя в соответствии с №2300-1 ФЗ РФ «О защите прав потребителя» компенсации нанесенного вреда, включая упущенную выгоду, обязанности совершить действия и иск супруги истца: Николаевой Надежды Антоновны о нарушении закона «О персональных данных», нанесению вреда здоровью, компенсации нанесенного морального и материального вреда.

На 6.11.18 назначено с\з по делу на 10.00 часов.

Ввиду невозможности принять в нем участия из-за временной потери нами трудоспособности по причине гипертонического криза, что требует интенсивной терапии, не предполагающей участия в судебных заседаниях, просим отложить судебное заседание по делу, назначенное на 6.11.18.

Так как мы хотим участвовать в с\з по делу, но из-за неудовлетворительного физического состояния не можем прибыть 6.11.18 к 10.00 часам в с\з по делу, то просим без нас не рассматривать дело, перенести с\з на иную дату и уведомить нас надлежащим образом.

Приложение:

1. Два б\листа с 24.10.18 по 07.11.18 на Беляничева С.А. и Николаеву Н.А.



(Беляничев С.А.)



(Николаева Н.А.)

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ



330 576 253 024

первичный продолжение листка нетрудоспособности № 330576089004
 дубликат

Г Б У З Г П 1 1 5 Д З М Ф И Л И А Л 3
(наименование медицинской организации)

М О С К В А Д О Л Г О В А 1 / 4
(адрес медицинской организации)

Дата выдачи 03 11 2018 1037734007013
(ОГРН)

Ф В Е Л Я Н И Ч Е В
 И С Е Р Г Е Й
 О А Л Е К С А Н Д Р О В И Ч
(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

02 10 1955
(Дата рождения)

М Ж Причина нетрудоспособности 01
код доп код код изм.

000 А Г Р О В И О П Р О Е К Т
(место работы-наименование организации)

Состоит на учёте в государственных учреждениях службы занятости



ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Основное По совместительству №

Дата 1: - - - - - Дата 2: - - - - - № путевки: - - - - - ОГРН санатория или клиники НИИ: - - - - -

по уходу: - - - - - возраст (лет/мес.): - - - - - родственная связь: - - - - - ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход: - - - - -

Поставлена на учёт в ранние сроки беременности (до 12 недель) да нет

Отметки о нарушении режима: Дата: - - - - - Подпись врача: _____

Находился в стационаре: с - - - - - по - - - - -

Дата направления в бюро МСЭ: - - - - - Установлена/изменена группа инвалидности:

Дата регистрации документов в бюро МСЭ: - - - - - Подпись руководителя бюро МСЭ: _____

Освидетельствован в бюро МСЭ: - - - - -

Печать учреждения медико-социальной экспертизы

ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ

С какого числа	По какое число	Должность врача	Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер	Подпись врача
04 11 2018	07 11 2018	ТЕРАПЕВТ	КОНОВАЛОВ СА	<i>Кон</i>

ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ с - - - - - Иное: - - - - -

Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № _____ Подпись врача: _____

Печать медицинской организации

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ

_____ Основное По совместительству
(место работы-наименование организации)

Регистрационный № _____ / _____ Код подчинённости _____

ИНН нетрудоспособного: _____ СНИЛС _____

Печать работодателя

Условия исчисления _____ Акт формы Н-1 от _____

Дата начала работы: - - - - - Страховой стаж: _____ лет _____ мес. в т.ч. нестраховые периоды: _____ лет _____ мес.

Причитается пособие за период: с - - - - - по - - - - -

Средний заработок для исчисления пособия: _____ р _____ к. Средний дневной заработок: _____ р _____ к.

Сумма пособия: за счет средств работодателя _____ р _____ к. за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации _____ р _____ к. Итого начислено _____ р _____ к.

Фамилия и инициалы руководителя: _____ Подпись _____

Фамилия и инициалы гл. бухгалтера: _____ Подпись _____

ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ



330 576 254 153

первичный продолжение листа
дубликат нетрудоспособности № 3 3 0 5 7 6 0 9 1 4 1 2

Г Б У З Г П 1 1 5 Д Э М Ф И Л И А Л 3
(наименование медицинской организации)

М О С К В А Д О Л Г О В А 1 / 4
(адрес медицинской организации)

Дата выдачи 0 3 1 1 2 0 1 8 1 0 3 7 7 3 4 0 0 7 0 1 3
(ОГРН)

Ф И К О Л А Е В А
И Н А Д Е Ж Д А
О А Н Т О Н О В Н А
(фамилия, имя, отчество нетрудоспособного)

2 1 0 6 1 9 5 8
(Дата рождения)

М Ж

Причина нетрудоспособности 0 1
код доп код код разм



Ш Д П Н О В Ы Е П Ъ Р С П Е К Т И В Ы
(место работы-наименование организации)

Состоит на учёте в государственных учреждениях службы занятости

Основное По совместительству №

по учёту	дата 1	дата 2	№ путевки	ОГРН санатория или клиники ИИИ
возраст (лет/мес.)	родственная связь	ФИО члена семьи, за которым осуществляется уход		

Поставлена на учёт в ранние сроки беременности (до 12 недель) да нет

Отметки о нарушении режима Дата Подпись врача:

Находился в стационаре с по

Дата направления в бюро МСЭ:

Дата регистрации документов в бюро МСЭ: Установлена/изменена группа инвалидности

Освидетельствован в бюро МСЭ: Подпись руководителя бюро МСЭ:

Печать учреждения медико-социальной экспертизы

ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ РАБОТЫ

С какого числа	По какое число	Должность врача	Фамилия и инициалы врача или идентификационный номер	Подпись врача
0 4 1 1 2 0 1 8	0 7 1 1 2 0 1 8	Т Е Р А П Е В Т	К О Н О В А Л О В С А	С Коно

ПРИСТУПИТЬ К РАБОТЕ с Иное:

Выдан листок нетрудоспособности (продолжение) № Подпись врача:

Печать медицинской организации

Основное По совместительству

Регистрационный № / Код подчинённости

ИНН нетрудоспособного (при наличии) СНИЛС

Печать работодателя

Условия исчисления Акт формы Н-1 от

Дата начала работы Страховой стаж: лет мес. в т.ч. нестраховые периоды: лет мес.

Причитается пособие за период: с по

Средний заработок для исчисления пособия: р к. Средний дневной заработок р к.

Сумма пособия: за счет средств работодателя р к. за счет средств Фонда социального страхования Российской Федерации р к. Итого начислено р к.

Фамилия и инициалы руководителя: Подпись

Фамилия и инициалы гл. бухгалтера: Подпись

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ВРАЧОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

ЗАПОЛНЯЕТСЯ РАБОТОДАТЕЛЕМ