ЗАЯВЛЕНИЕ

 о регистрации в качестве страхователя в связи

 с изменением места жительства

В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Наименование территориального органа Фонда социального страхования

 Российской Федерации)

Прошу зарегистрировать в качестве страхователя по новому месту жительства

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Фамилия) (Имя) (Отчество)

2. Адрес места жительства

┌───────────────────┬─────────────────┬───────────────────────────────────┐

│ │ │ │

└───────────────────┴─────────────────┴───────────────────────────────────┘

 (Почтовый индекс) (Государство) (Субъект Российской Федерации)

┌───────────┬─────────────────────────────┬───────┬──────────┬────────────┐

│ │ │ │ │ │

└───────────┴─────────────────────────────┴───────┴──────────┴────────────┘

 (Город) (Улица/переулок/проспект) (Дом) (Корпус) (Квартира)

Телефон (с указанием кода) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 КонсультантПлюс: примечание.

 Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

2. Состоит на налоговом учете в

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

 (наименование налогового органа, поставившего физическое лицо на учет)

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (индивидуальный номер налогоплательщика)

3. До настоящего времени (до изменения места жительства) был

зарегистрирован в

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

 (Наименование территориального органа Фонда социального страхования

 Российской Федерации)

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

 (Адрес территориального органа Фонда социального страхования

 Российской Федерации)

Регистрационный номер страхователя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код подчиненности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ┌─┐ ┌─┐

 │ │ │ │направить [<\*>](file:///C%3A%5CUsers%5CMalschukova.O%5CAppData%5CRoaming%5CMicrosoft%5CWord%5Cl%20Par1436%20%20o) мне один экземпляр уведомления о

 │ │ │ │регистрации в территориальном органе Фонда

 Прошу │ │ вручить/ │ │социального страхования по новому месту

 └─┘ └─┘жительства

Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Число, месяц (прописью), год)

--------------------------------

<\*> Нужное отметить.