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

(Число, месяц (прописью), год)

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

(Наименование территориального органа Фонда социального страхования

Российской Федерации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о регистрации в качестве страхователя физического лица

Сведения о заявителе [<\*>](file:///C:\Users\Malschukova.O\AppData\Roaming\Microsoft\Word\l%20Par1285%20%20o)

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)

3. Документ, удостоверяющий личность:

наименование документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата и место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Сведения о государственной регистрации:

4.1. Наименование органа, осуществившего государственную регистрацию

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

4.2. Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.3. Дата государственной регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Число, месяц, год)

5. Сведения о выданных лицензиях (иных документах, дающих право физическому

лицу заниматься в установленном законодательством Российской Федерации

порядке частной практикой):

5.1. Наименование документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.2. Наименование органа, выдавшего документ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

5.3. Номер документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5.4. Дата выдачи документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Число, месяц, год)

5.5. Дата окончания срока действия документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Число, месяц, год

или "бессрочно")

6. Номер и дата заключения трудового договора N \_\_\_\_ от \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(число и месяц)

7. Срок действия трудового договора [<\*\*>](file:///C:\Users\Malschukova.O\AppData\Roaming\Microsoft\Word\l%20Par1286%20%20o): с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Число, (Число,

месяц, год) месяц, год)

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

(неопределенный срок)

8. Основной вид деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код по [ОКВЭД](consultantplus://offline/ref=E2FCDE79E6A8823B2102C4D78556591CFD16500DD9AC59EE9194A92494D7E31464AA534A96FB1CC6E7x8F%20o%20) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Указывается цифровой код не менее трех знаков)

9. Адрес места осуществления деятельности

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

│ │ │ │

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

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

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

│ │ │ │ │ │

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

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

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

10. Код по ОКДП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Состоит на налоговом учете в

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

(Наименование налогового органа, поставившего юридическое лицо

на учет по месту нахождения)

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

(Индивидуальный номер налогоплательщика)

12. Счет в кредитной организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Наименование банка)

БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13. Дата получения средств на оплату труда \_\_\_\_\_\_\_\_\_ каждого месяца.

(число)

Прошу зарегистрировать в качестве страхователя в территориальном органе

┌─┐ ┌─┐

Фонда социального страхования Российской Федерации и │ │ вручить/│ │

└─┘ └─┘

направить [<\*\*\*>](file:///C:\Users\Malschukova.O\AppData\Roaming\Microsoft\Word\l%20Par1287%20%20o) первый экземпляр уведомления о регистрации в качестве

страхователя физического лица в территориальном органе Фонда социального

страхования Российской Федерации.

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

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

<\*> Заявитель несет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за достоверность информации, содержащейся в настоящем заявлении.

<\*\*> Заполняется соответствующая строка в зависимости от вида трудового договора.

<\*\*\*> Нужное отметить.