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

 (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%3A%5CUsers%5CMalschukova.O%5CAppData%5CRoaming%5CMicrosoft%5CWord%5Cl%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%3A%5CUsers%5CMalschukova.O%5CAppData%5CRoaming%5CMicrosoft%5CWord%5Cl%20Par1286%20%20o): с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Число, (Число,

 месяц, год) месяц, год)

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

 (неопределенный срок)

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

Код по ОКВЭД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (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%3A%5CUsers%5CMalschukova.O%5CAppData%5CRoaming%5CMicrosoft%5CWord%5Cl%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.