

Приложение N 1
к Административному регламенту
Фонда социального страхования
Российской Федерации по предоставлению
государственной услуги по регистрации
и снятию с регистрационного учета
страхователей - физических лиц,
заключивших трудовой договор
с работником, утвержденному приказом
Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 22 апреля 2019 г. N 215

Форма

(Число, месяц (прописью), год)

В _____
(Наименование территориального органа Фонда социального страхования
Российской Федерации)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о регистрации в качестве страхователя - физического лица

Сведения о заявителе

1. _____
(Фамилия) (Имя) (Отчество (при наличии))

2. Адрес

--	--

(Почтовый индекс)

(Субъект Российской Федерации)

--	--	--	--	--

(Город, область, иной населенный пункт)

(Улица/переулок/проспект)

(Дом)

(Корпус)

(Квартира)

Телефон (с указанием кода) _____

Адрес электронной почты _____

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 <*> с _____ по _____
(Число, месяц, год)

_____ (неопределенный срок)

8. Основной вид деятельности _____
Код по ОКВЭД2 _____
(Общероссийский классификатор видов экономической деятельности указывается цифровой код не менее четырех знаков)

9. Адрес места осуществления деятельности:

--	--

(Почтовый индекс)

(Субъект Российской Федерации)

--	--	--	--	--

(Город, область, иной населенный пункт)

(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 физическое лицо на учет)

ИНН _____
(Идентификационный 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 уведомление о регистрации в качестве страхователя физического лица в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации:

Вручить/ Направить по почте/ Направить в форме электронного документа (при направлении заявления через Единый портал) <***>

Подпись заявителя _____

Подпись работника многофункционального центра <***> _____ (_____)
расшифровка

МП <***>

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

<***> Нужно отметить.

<***> В случае указания заявителем государственной услуги в комплексном запросе