

Приложение № 2
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
Министерства труда и социальной защиты
Российской Федерации
от 25 октября 2013 г. № 574н

_____ (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)

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 № _____ от _____ 20__ г.
(Число и месяц)

7. Срок действия трудового договора **: с _____ по _____
(Число, месяц, год) (Число, 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)	(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 вручить/ направить *** 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.

*** Нужно отметить.