

Приложение № 2
к Административному регламенту
Фонда социального страхования Российской
Федерации по предоставлению
государственной услуги по регистрации
и снятию с регистрационного учета
страхователей – юридических лиц по месту
нахождения обособленных подразделений,
утвержденному Приказом Министерства труда
и социальной защиты Российской Федерации
от 25 октября 2013 г. № 576н

Форма

_____ (число) (месяц (прописью)) (год)

В

_____ (Наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о регистрации в качестве страхователя
юридического лица по месту нахождения
обособленного подразделения

Сведения о юридическом лице

1. _____
(Полное наименование юридического лица)

2. _____
(Сокращенное наименование юридического лица)

3. Адрес места нахождения юридического лица, указанный в учредительных документах:

_____	_____	_____	_____	_____
(Почтовый индекс)	(Субъект Российской Федерации)	(Город, область, иной населенный пункт)	(Улица/переулок/проспект)	(Дом) (Корпус) (Квартира/офис)

Адрес электронной почты _____

4. Сведения о государственной регистрации:

_____,
(Наименование органа, осуществившего государственную регистрацию)

основной государственный регистрационный номер (ОГРН) _____,

дата государственной регистрации _____

5. Организационно-правовая форма _____

Код по КОПФ _____
(Классификатор организационно-правовых форм)

6. Форма собственности _____

Код по ОКФС _____
(Общероссийский классификатор форм собственности)

7. Основной вид деятельности _____

Код по ОКВЭД _____
(Общероссийский классификатор видов экономической деятельности;
указывается цифровой код не менее трех знаков)

8. Другие осуществляемые виды деятельности:

_____	Код ОКВЭД _____
_____	Код ОКВЭД _____
_____	Код ОКВЭД _____
_____	Код ОКВЭД _____

Код ОКВЭД _____

Код ОКВЭД _____

9. Код по ОКПО _____

(Код общероссийского классификатора предприятий и организаций)

10. Состоит на налоговом учете в _____

(Наименование налогового органа, поставившего юридическое лицо на учет по месту нахождения)

Код налогового органа _____

ИНН _____

(Индивидуальный номер налогоплательщика)

КПП _____

(Код причины постановки на учет)

11. Расчетный (текущий) счет _____

в _____

(Наименование банка)

БИК _____

12. Зарегистрировано в качестве страхователя в:

(Наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, в котором юридическое лицо зарегистрировано в качестве страхователя по месту своего нахождения)

Регистрационный номер * _____

Прошу зарегистрировать в качестве страхователя в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации по месту нахождения обособленного подразделения и вручить/направить ** первый экземпляр уведомления о регистрации в качестве страхователя юридического лица по месту нахождения обособленного подразделения в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации.

Сведения об обособленном подразделении

1. _____

(Наименование обособленного подразделения)

2. Адрес места нахождения:

_____	_____
-------	-------

(Почтовый индекс)

(Субъект Российской Федерации)

_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------

(Город, область, иной населенный пункт)

(Улица/переулок/проспект)

(Дом)

(Корпус)

(Квартира/офис)

Адрес электронной почты _____

3. Основной вид деятельности _____

Код по ОКВЭД _____

(Общероссийский классификатор видов экономической деятельности; указывается цифровой код не менее трех знаков)

4. Код по ОКПО _____

(Код общероссийского классификатора предприятий и организаций)

5. Юридическое лицо состоит на налоговом учете по месту нахождения обособленного подразделения в _____

(Наименование налогового органа)

Код налогового органа _____

КПП _____

(Код причины постановки на учет)

6. Расчетный (текущий) счет _____

(Указывается номер счета)

* При подаче заявления иностранной организацией для ее регистрации в качестве страхователя по месту нахождения обособленного подразделения в случае, если иностранная организация уже зарегистрирована в качестве страхователя по месту нахождения одного из своих обособленных подразделений, в данной строке указываются соответствующие сведения о ее первоначальной регистрации в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации.

** Нужно отметить.

В _____
(Наименование банка)

БИК _____

7. Дата получения средств на оплату труда: _____ каждого месяца.
(Число)

8. Расширенный регистрационный номер страхователя ***

Руководитель _____
(Подпись) (Фамилия, имя, отчество)
М.П.

Телефон (с указанием кода) _____

Главный (старший)
бухгалтер _____
(Подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Телефон (с указанием кода) _____

Руководитель
обособленного подразделения _____
(Подпись) (Фамилия, имя, отчество)
М.П.

Телефон (с указанием кода) _____

Главный (старший) бухгалтер
обособленного подразделения _____
(Подпись) (Фамилия, имя, отчество)

Телефон (с указанием кода) _____