Приложение

к Административному регламенту,

утв. приказом Фонда социального

страхования Российской Федерации

от 22 мая 2019 г. № 265

|  |  |
| --- | --- |
| Руководителю |  |
|  | |
| (должность руководителя (заместителя руководителя) органа  контроля за уплатой страховых взносов, Ф. И. О.) | |

|  |
| --- |
|  |

**Заявление**

**о предоставлении государственной услуги по приему документов, служащих**

**основаниями для исчисления и уплаты (перечисления) страховых взносов,**

**а также документов, подтверждающих правильность исчисления**

**и своевременность уплаты (перечисления) страховых взносов**

|  |  |
| --- | --- |
| Страхователь |  |
|  | (полное наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии)  индивидуального предпринимателя, физического лица) |

регистрационный номер в органе контроля

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| за уплатой страховых взносов |  | , |
| код подчиненности |  | , |
| ИНН |  | , |
| КПП |  | , |

адрес места нахождения организации (обособленного

подразделения)/адрес постоянного места жительства

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| индивидуального предпринимателя, физического лица |  | , |

просит принять документы, служащие основанием для исчисления и уплаты страховых взносов

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| на |  | листах |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
| (должность руководителя организации) |  | (подпись) |  | (Ф. И. О.) |  | (контактный телефон) |

Место печати (при наличии)

страхователя

Законный или уполномоченный

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| представитель страхователя |  |  |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (Ф. И. О.) |  | (дата) |

Наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность представителя страхователя

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Документ, подтверждающий полномочия представителя страхователя |  |
|  | |