Приложение № 2
к Порядку регистрации и снятия с регистрационного учета в территориальных органах Фонда социального страхования Российской Федерации страхователей – юридических лиц по месту нахождения обособленных подразделений и физических лиц, утвержденному Приказом Минздравсоцразвития России
от 07.12.2009 № 959н

**Форма заявления
о регистрации в качестве страхователя физического лица**

В

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

**Сведения о заявителе**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. Паспортные данные:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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:

5.1. Наименование документа

(лицензия)

5.2. Наименование органа, выдавшего лицензию

5.3. Номер лицензии

5.4. Дата выдачи лицензии

(число, месяц, год)

5.5. Дата окончания срока действия лицензии

(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 илина “неопределенный срок”) |

(Заполняется соответствующая строка в зависимости от вида трудового договора)

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 физическое лицо на учет)

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 [[1]](#footnote-1)\* первый |

экземпляр уведомления о регистрации в качестве страхователя физического лица в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации.

Подпись заявителя

Дата

(число) (месяц (прописью)) (год)

1. \* Нужное отметить. [↑](#footnote-ref-1)