

Отделение Фонда социального
страхования Российской
Федерации
по _____
копии _____
(наименование УФНС России
по субъекту РФ)

"__" _____ 20__ г.

N _____

ЗАПРОС

В соответствии с совместным письмом ФНС России с ФСС от _____
N _____

(наименование ИФНС)
направляет обращение от "__" _____ 20__ г. № _____

(полное наименование организации (обособленного подразделения) /
ФИО индивидуального предпринимателя)

ИНН страхователя _____ КПП страхователя _____

Регистрационный номер страхователя _____

о несогласии плательщика с информацией:

☐ о сальдо расчетов по страховым взносам по состоянию на 01.01.2017, переданного
региональным отделением ФСС в налоговый орган

☐ о суммах страховых взносов, начисленных по расчетам за периоды до 01.01.2017
года год, суммах доначисленных (уменьшенных) по итогам проверок за 2016 год,
суммах пени, доначисленных по результатам перерасчета за периоды до
01.01.2017 года, переданных в составе в рамках за 4 квартал 2016 переданных
региональным отделением ФСС в налоговый орган.

(руководитель/заместитель руководителя ИФНС)

(Ф.И.О.)

(подпись)