

Приложение N 1
к Порядку регистрации и снятия
с регистрационного учета
в территориальных органах Фонда
социального страхования
Российской Федерации лиц,
добровольно вступивших
в правоотношения по обязательному
социальному страхованию на случай
временной нетрудоспособности
и в связи с материнством,
утвержденному приказом Министерства
труда и социальной защиты
Российской Федерации
от 29 апреля 2016 г. N 202н

Форма

Уведомление
о регистрации лица, добровольно вступившего
в правоотношения по обязательному социальному страхованию
на случай временной нетрудоспособности
и в связи с материнством

Настоящее уведомление выдано в соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2006 г. N 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством" физическому лицу

(фамилия, имя, отчество (при наличии)
состоящему на учете в _____
(наименование налогового органа, поставившего
_____,
физическое лицо на учет)

ИНН _____,
и подтверждает вступление в правоотношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и регистрацию в _____.
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Доводим также до Вашего сведения, что лицо, добровольно вступившее в правоотношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, уплачивает страховые взносы в Фонд социального страхования Российской Федерации в соответствии со статьей 4.5 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. N 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством" в _____
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(адрес территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

В случае неуплаты либо неполной уплаты страховых взносов в Фонд социального страхования Российской Федерации за соответствующий календарный год в срок до 31 декабря текущего года правоотношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством считаются прекратившимися с 1 января следующего года.

Регистрационный номер страхователя _____

Код подчиненности _____

Дата регистрации _____
(число, месяц, год)

Дата постановки на регистрационный учет _____

(число, месяц, год)

Дата выдачи уведомления _____
(число, месяц, год)

Руководитель территориального органа
Фонда социального страхования
Российской Федерации _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

М.П.