

Приложение № 1  
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 Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
от 22 апреля 2019 г. № 217

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) (при наличии)

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 ОКВЭД2 \_\_\_\_\_  
(Общероссийский классификатор видов экономической деятельности; указывается цифровой код не менее четырех знаков)

8. Другие осуществляемые виды деятельности:

_____	Код ОКВЭД2	_____
_____	Код ОКВЭД2	_____
_____	Код ОКВЭД2	_____
_____	Код ОКВЭД2	_____
_____	Код ОКВЭД2	_____
_____	Код ОКВЭД2	_____

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 \_\_\_\_\_  
(Идентификационный 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 уведомления о регистрации в качестве страхователя юридического лица по месту нахождения обособленного подразделения в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации. <\*>

Вручить/     Направить по почте/     Направить в форме электронного документа (при направлении заявления через Единый портал)

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 ОКВЭД2 \_\_\_\_\_

(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)

в \_\_\_\_\_

(Наименование банка)

БИК \_\_\_\_\_

7. Дата получения средств на оплату труда: \_\_\_\_\_ каждого месяца.

(Число)

8. Расширенный регистрационный номер страхователя <\*\*\*> \_\_\_\_\_

Руководитель \_\_\_\_\_

(Подпись) (Фамилия, имя, отчество (при наличии)  
М.П. (при наличии))

Телефон (с указанием кода) \_\_\_\_\_

Главный бухгалтер  
или иное лицо, на которое  
возложено ведение  
бухгалтерского учета

\_\_\_\_\_  
(Подпись) (Фамилия, имя, отчество (при наличии))

Телефон (с указанием кода) \_\_\_\_\_

Руководитель  
обособленного подразделения \_\_\_\_\_

(Подпись) (Фамилия, имя, отчество  
(при наличии))

М.П. (при наличии)

Телефон (с указанием кода) \_\_\_\_\_

Главный бухгалтер  
или иное лицо, на которое

возложено ведение  
бухгалтерского учета

\_\_\_\_\_ (Подпись) \_\_\_\_\_ (Фамилия, имя, отчество (при наличии))

Телефон (с указанием кода) \_\_\_\_\_

-----

<\*> 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

<\*\*\*\*> Заполняется в случае регистрации в связи с изменением места нахождения обособленного подразделения.

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 Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
от 22 апреля 2019 г. № 217

Форма

\_\_\_\_\_ (число) (месяц (прописью)) (год)

В \_\_\_\_\_  
(Наименование территориального органа Фонда социального  
страхования Российской Федерации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о снятии с регистрационного учета юридического  
лица по месту нахождения обособленного подразделения

Прошу снять с регистрационного учета юридическое лицо \_\_\_\_\_  
(полное наименование  
юридического лица)

Адрес места нахождения, указанный в учредительных документах:

--	--

(Почтовый индекс) (Субъект Российской Федерации)

--	--	--	--	--

(Город, область, иной населенный пункт) (Улица/переулок/проспект) (Дом) (Корпус) (Квартира/офис)

в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации  
по месту нахождения обособленного подразделения \_\_\_\_\_  
(наименование  
обособленного  
подразделения)

Адрес места нахождения обособленного подразделения:

--	--

\_\_\_\_\_  
(Почтовый индекс) (Субъект Российской Федерации)

--	--	--	--	--

(Город, область, иной населенный пункт) (Улица/переулок/проспект) (Дом) (Корпус) (Квартира/офис)

регистрационный номер страхователя \_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_

в связи с \_\_\_\_\_

(указание на основание снятия с регистрационного учета: ликвидация обособленного подразделения/закрытие страхователем - юридическим лицом счета в банке (иной кредитной организации), открытого для совершения операций обособленным подразделением/прекращение полномочий обособленного подразделения по начислению выплат и иных вознаграждений в пользу физических лиц)

Прошу копию решения о снятии с регистрационного учета: <\*>

вручить/  направить по почте/  направить в форме электронного документа (при направлении заявления через Единый портал)

Руководитель \_\_\_\_\_

(Подпись)

(Фамилия, имя, отчество (при наличии))

М.П. (при наличии)

-----

<\*> Нужно отметить.