┌──────┐ ┌─────┐

 │ │ │ │

 └──────┴───────────────────┴─────┘

 (число) (месяц (прописью)) (год)

В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о подтверждении основного вида экономической деятельности

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

полное наименование страхователя в соответствии с учредительными документами)

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

Регистрационный номер │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

 ┌─┬─┬─┬─┬─┐

Код подчиненности │ │ │ │ │ │

 └─┴─┴─┴─┴─┘

 ┌─┐

Государственное (муниципальное) учреждение │ │

 └─┘

 В соответствии с пунктом 9 Правил отнесения видов

экономической деятельности к классу профессионального риска,

утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации

от 1 декабря 2005 года N 713, и учредительными документами (устав,

положение) прошу считать основным видом экономической деятельности

за \_\_\_\_ год вид экономической деятельности:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

Код по ОКВЭД │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

Основание:

1. [Справка-подтверждение](file:///C%3A%5CUsers%5Crozhaeva.s.MFC51%5CAppData%5CLocal%5CMicrosoft%5CWindows%5CTemporary%20Internet%20Files%5CContent.Outlook%5COANK00VC%5Cl%20Par207%20%20o) основного вида экономической

деятельности.

2. Копия пояснительной записки к бухгалтерскому балансу.

 Приложение: на \_\_ листах.

 Руководитель организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

 ┌──────┐ ┌─────┐

Заявление принято │ │ │ │

 (Заполняется территориальным └──────┴───────────────────┴─────┘

 органом Фонда социального (число) (месяц (прописью)) (год)

 страхования Российской Федерации)

 Штамп территориального органа Фонда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 социального страхования (подпись (расшифровка

 Российской Федерации ответственного лица) подписи)