┌──────┐ ┌─────┐

│ │ │ │

└──────┴───────────────────┴─────┘

(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](consultantplus://offline/ref=4B6E1B17EA2C0C1CFA4DCED7878571F2BC14C948ED6C2BD8713BB1B0AEB8F9D8E73B6171FE41CEC4O9K3N%20o%20) 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](consultantplus://offline/ref=4B6E1B17EA2C0C1CFA4DCED7878571F2BC12C54BE76B2BD8713BB1B0AEB8F9D8E73B6171FE41CEC7O9K7N%20o%20) │ │ │ │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

Основание:

1. [Справка-подтверждение](file:///C:\Users\rozhaeva.s.MFC51\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary%20Internet%20Files\Content.Outlook\OANK00VC\l%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)