|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  |  | |
|  | | (число) | (месяц (прописью)) | (год) | |
| В |  | | | |
|  | (наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации) | | | |

|  |
| --- |
| ЗАЯВЛЕНИЕ  о подтверждении основного вида экономической деятельности |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| От |  | | | | | | | | | | | | |
|  | (полное наименование страхователя в соответствии с учредительными документами) | | | | | | | | | | | | |
| Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |
| Код территориального органа Фонда пенсионного  и социального страхования Российской Федерации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | |
| Государственное (муниципальное) учреждение | | |  | |  | | | | | | | | |
| В соответствии с [пунктом 9](consultantplus://offline/ref=47FE5AFA6360E9BC753CC526D8A648B0519BA2BAD798501A9640303E9A13039BBA3BC7EF886F52B52D7AFFECC5F1E4AE139443627DFFDE7EwC4EH) Правил отнесения видов экономической деятельности к классу профессионального риска, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2005 г. N 713, и учредительными документами прошу считать основным видом экономической деятельности за \_\_\_\_ год вид экономической деятельности: | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| (наименование вида экономической деятельности) | | | | | | | | | | | | | |
| Код по [ОКВЭД](consultantplus://offline/ref=47FE5AFA6360E9BC753CC526D8A648B0519AACB3D39D501A9640303E9A13039BA83B9FE38B6E4CB7296FA9BD83wA47H) | |  |  | |  |  |  | |  | |  |  |  |
| Основание:  1. Справка-подтверждение основного вида экономической деятельности.  2. Копия пояснительной записки к бухгалтерскому балансу. | | | | | | | | | | | | | |
| Приложение: на \_\_\_\_\_\_\_ листах. | | | | | | | | | | | | | |
| Руководитель организации (уполномоченный представитель) | | | |  | | | |  | |  | | | | |
|  | | | | (подпись) | | | |  | | (расшифровка подписи) | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заявление принято | |  |  | | |  | |
| (заполняется территориальным органом Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации) | | (число) | (месяц (прописью) | | | (год) | |
| Штамп территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации |  | | |  |  | |
|  | (подпись ответственного лица) | | |  | (расшифровка подписи) | |