

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

В \_\_\_\_\_

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

## ЗАЯВЛЕНИЕ о регистрации в качестве страхователя физического лица

### Сведения о заявителе\*

1. \_\_\_\_\_  
(фамилия) (имя) (отчество — при наличии)

### 2. Адрес

(почтовый индекс)	(субъект Российской Федерации)

(город, область, иной населенный пункт)	(улица/переулок/проспект)	(дом)	(корпус)	(квартира)

Телефон (с указанием кода) \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

### 3. Документ, удостоверяющий личность:

наименование документа \_\_\_\_\_

серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_

кем и когда выдан \_\_\_\_\_

дата и место рождения \_\_\_\_\_

### 4. Сведения о государственной регистрации:

4.1. Наименование органа, осуществившего государственную регистрацию

4.2. Регистрационный номер \_\_\_\_\_

4.3. Дата государственной регистрации \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

5. Сведения о выданных лицензиях (иных документах, дающих право физическому лицу заниматься в установленном законодательством Российской Федерации порядке частной практикой):

5.1. Наименование документа \_\_\_\_\_

5.2. Наименование органа, выдавшего документ \_\_\_\_\_

5.3. Номер документа \_\_\_\_\_

5.4. Дата выдачи документа \_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

5.5. Дата окончания срока действия документа \_\_\_\_\_

(число, месяц, год или «бессрочно»)

6. Номер и дата заключения трудового договора \_\_\_\_\_

7. Срок действия трудового договора \*\*: с \_\_\_\_\_ ПО \_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

(число, месяц, год)

\_\_\_\_\_  
(неопределенный срок)

8. Основной вид деятельности \_\_\_\_\_

Код по ОКВЭД2 \_\_\_\_\_

(Общероссийский классификатор видов экономической деятельности  
указывается цифровой код не менее трех знаков)

9. Адрес места осуществления деятельности

--	--

(почтовый индекс)

(субъект Российской Федерации)

--	--	--	--	--

(город, область, иной населенный пункт)

(улица/переулок/проспект)

(дом)

(корпус)

(квартира, офис)

Телефон (с указанием кода) \_\_\_\_\_

10. Код по ОКДП \_\_\_\_\_

11. Состоит на налоговом учете в \_\_\_\_\_

(наименование налогового органа, поставившего физическое лицо на учет)

ИНН \_\_\_\_\_

(идентификационный номер налогоплательщика)

12. Счет в кредитной организации \_\_\_\_\_

в \_\_\_\_\_

(наименование банка)

БИК \_\_\_\_\_

13. Дата получения средств на оплату труда \_\_\_\_\_ каждого месяца.

(число)

Прошу зарегистрировать в качестве страхователя в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации и уведомление о регистрации в качестве страхователя физического лица в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации:

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

Подпись заявителя \_\_\_\_\_

\* Заявитель несет ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации за достоверность информации, содержащейся в настоящем заявлении.

\*\* Заполняется соответствующая строка в зависимости от вида трудового договора.

\*\*\* Нужно отметить.