

Приложение № 2
к Административному регламенту предоставления
Фондом социального страхования Российской
Федерации государственной услуги по регистрации
и снятию с регистрационного учета лиц, добровольно
вступивших в правоотношения по обязательному
социальному страхованию на случай временной
нетрудоспособности и в связи с материнством,
утвержденному приказом Министерства труда
и социальной защиты Российской Федерации
от 25 февраля 2014 г. № 108н

Форма

_____ (число) (месяц (прописью)) (год)

В _____

(Наименование территориального органа Фонда социального страхования
Российской Федерации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о вступлении в правоотношения по обязательному социальному страхованию
на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством

Сведения о заявителе *

1. _____ (Фамилия) _____ (Имя) _____ (Отчество)

2. Адрес места жительства:

_____ (Почтовый индекс)	_____ (Субъект Российской Федерации)
-------------------------	--------------------------------------

_____ (Город, поселок, 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 заявителя:

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. Основной вид деятельности _____
Код по ОКВЭД _____
(Общероссийский классификатор видов экономической деятельности;
указывается цифровой код не менее трех знаков)

7. 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) _____

8. Код по ОКДП _____

9. Состоит на налоговом учете в _____
(Наименование налогового органа,

поставившего физическое лицо на учет)

ИНН _____
(Идентификационный номер налогоплательщика)

10. Счет в кредитной организации _____
(Указывается номер счета)

в _____
(Наименование банка)

БИК _____

Прошу подтвердить вступление в правоотношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, а также зарегистрировать в территориальном органе Фонда социального страхования

Российской Федерации и вручить/ направить ***

мне первый экземпляр уведомления о регистрации лица, добровольно вступившего в правоотношения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

Подпись заявителя _____

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

* * Указать нужное.

* ** Отметить нужное.