

Приложение № 2  
к Административному регламенту  
Фонда социального страхования Российской  
Федерации по предоставлению государственной  
услуги по регистрации и снятию  
с регистрационного учета страхователей –  
физических лиц, заключивших трудовой договор  
с работником, утвержденному приказом  
Министерства труда и социальной защиты  
Российской Федерации  
от 25 октября 2013 г. № 574н

Форма

\_\_\_\_\_ (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)

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 \_\_\_\_\_

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

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 № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(Число и месяц)

7. Срок действия трудового договора \*\*: с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
(Число, месяц, год) (Число, месяц, год)  
\_\_\_\_\_  
(неопределенный срок)

8. Основной вид деятельности \_\_\_\_\_  
Код по ОКВЭД \_\_\_\_\_  
(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  вручить/  направить \*\*\* первый экземпляр уведомления о регистрации в качестве страхователя физического лица в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации.

Подпись заявителя \_\_\_\_\_

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

\*\*\* Нужно отметить.

