Форма

Руководителю

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование территориального органа

Фонда социального страхования

Российской Федерации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

об установлении скидки к страховому тарифу на обязательное

социальное страхование от несчастных случаев на производстве

и профессиональных заболеваний на \_\_\_\_ год

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование страхователя)

ИНН

┌──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┘

КПП

┌──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┘

Регистрационный номер страхователя, зарегистрированного в территориальном

органе Фонда социального страховании Российской Федерации

┌──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┌──┬ ┌──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┐

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ / │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──└──┴ └──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┘

Дата государственной регистрации \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата начала ведения финансово-хозяйственной

деятельности \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

┌──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┬──┐

Код по [ОКВЭД](consultantplus://offline/ref=1AA76A1638140728255B09D8404F88F88EDD1CD5D6F6090768F6FBF29B846B70BD1FC78C019F0B2A398ECE8CB4g2W7O) │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┴──┘

В соответствии с [Правилами](consultantplus://offline/ref=1AA76A1638140728255B09D8404F88F88EDE1FD1D4F1090768F6FBF29B846B70AF1F9F80009915293A9B98DDF17B3BA2F92530A0CB54D438g6WAO) установления страхователям скидок и надбавок

к страховым тарифам на обязательное социальное страхование от несчастных

случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденными

постановлением Правительства Российской Федерации от 30 мая 2012 г. N 524,

прошу установить скидку к страховому тарифу на обязательное социальное

страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных

заболеваний на \_\_\_\_ год.

Представляю сведения по начисленным и уплаченным страховым взносам на

обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и

профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового

обеспечения на дату подачи заявления.

Сведения

по начисленным страховым взносам и по произведенным

страхователем расходам на обеспечение по страхованию

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование показателя | Код стр. | Сумма  (руб. коп.) | Наименование показателя | Код стр. | Сумма  (руб. коп.) |
| Начислено к уплате страховых взносов за предыдущие отчетные периоды. Всего. | 1 |  | Расходы на выплату страхового обеспечения за предыдущие отчетные периоды. Всего. | 5 |  |
| За последние три месяца текущего отчетного периода. |  |  | За последние три месяца текущего отчетного периода. |  |  |
| 1 месяц |  |  | 1 месяц |  |  |
| 2 месяц |  |  | 2 месяц |  |  |
| 3 месяц |  |  | 3 месяц |  |  |
| Не принято к зачету расходов | 2 |  | Уплачено страховых взносов за предыдущие отчетные периоды. | 6 |  |
| Получено от территориального органа Фонда | 3 |  | За последние три месяца текущего отчетного периода. |  |  |
| Возврат (зачет) сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов | 4 |  | 1 месяц |  |  |
| 2 месяц |  |  |
|  |  |  | 3 месяц |  |  |
|  |  |  | Списанная сумма задолженности страхователя | 7 |  |

Решение об установлении (либо об отказе в установлении) скидки к

страховому тарифу прошу вручить (направить):

┌────┐

│ │ - на личном приеме

├────┤

│ │ - с использованием средств почтовой связи

├────┤

│ │ - в многофункциональном центре

├────┤

│ │ - в электронной форме через ЕПГУ (при условии подачи заявления в

│ │ электронной форме посредством ЕПГУ)

└────┘

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руководитель подпись Фамилия Имя Отчество - при наличии

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года

(дата)

М.П. (при наличии)

Заявление принял

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ года

Фамилия Имя Отчество - при наличии (подпись) (дата приема заявления)

Штамп территориального органа Фонда