Приложение № 1
к Порядку подтверждения основного вида
экономической деятельности страхователя по
обязательному социальному страхованию от
несчастных случаев на производстве и
профессиональных заболеваний – юридического
лица, а также видов экономической деятельности
подразделений страхователя, являющихся
самостоятельными классификационными
единицами, утвержденному
приказом Минздравсоцразвития России
от 31 января 2006 г. № 55 (в редакции
приказа Минздравсоцразвития России

от 22 июня 2011 г. № 606н)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 14 | апреля | 2017 |
| (число) | (месяц (прописью)) | (год) |

|  |  |
| --- | --- |
| В | Филиал № 43 МРО ФСС России |
|   | (наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) |
|   |
| ЗАЯВЛЕНИЕо подтверждении основного вида экономической деятельности |
|   |
| От | общества с ограниченной ответственностью «Космос» |
|   | (полное наименование страхователя в соответствии с учредительными документами) |
|   |
| Регистрационный номер | 7 | 1 | 7 | 8 | 3 | 3 | 2 | 8 | 2 | 1 |   |
|   |
| Код подчиненности  | 8 | 3 | 2 | 0 | 7 |   |
|   |
| Государственное (муниципальное) учреждение |   |   |
|   |
| В соответствии с пунктом 9 Правил отнесения видов экономической деятельности к классу профессионального риска, утвержденных постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2005 г. № 713, и учредительными документами (устав, положение) прошу считать основным видом экономической деятельности за |
| 2016 | год вид экономической деятельности: | производство мебели |
|   |
| Код по ОКВЭД | 3 | 6 | . | 1 | – | – | – | – |   |
|   |
| Основание: |
|   |
| 1. Справка-подтверждение основного вида экономической деятельности. |
|   |
| 2. Копия пояснительной записки к бухгалтерскому балансу. |
|   |
| Приложение: на | 3 | листах. |
|   |
| Руководитель организации | Кинчев |   | К.Е. Кинчев |
|   | (подпись) |   | (расшифровка подписи) |
|   |
| Заявление принято |   |   |   |
| (Заполняется территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации) | (число) | (месяц (прописью)) | (год) |
|   |   |
|   |   |
| Штамп территориального органа Фонда |   |   |   |
| социального страхования Российской Федерации | (подпись ответственного лица) |   | (расшифровка подписи) |
|   |   |