В Отделение Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Донецкой Народной Республике

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
о предоставлении сведений о виде экономической деятельности, фактически осуществляемом страхователем, и коде по ОКВЭД2**

От

(полное наименование страхователя в соответствии с учредительными документами)

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОГРН |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ИНН/КПП |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | / |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Юридический адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование основного вида экономической деятельности, осуществляемого страхователем:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код по ОКВЭД |  |  |  |  |  |  |  |  |

В соответствии с заявленным видом экономической деятельности и кодом по ОКВЭД2, который в дальнейшем предполагается к внесению в Единый государственный реестр юридических лиц, прошу определить класс профессионального риска и установить страховой тариф на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на 2023 год.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Руководитель организации |  |  |  |
|  | подпись |  | (расшифровка подписи) |
| М.П. |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заявление принято |  |  |  |
| (заполняется территориальным органом  Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации) | (число) | (месяц (прописью) | (год) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| (подпись ответственного лица) |  | (расшифровка подписи) |