Приложение N 5

к Административному регламенту предоставления Фондом социального

страхования Российской Федерации государственной услуги по установлению

скидки к страховому тарифу на обязательное социальное страхование от несчастных

случаев на производстве и профессиональных заболеваний, утвержденному

приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

 от 06.09.2012 N 177н

|  |
| --- |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Регистрационный номер страхователя, зарегистрированного в территориальном органе
Фонда социального страхования Российской Федерации

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата государственной регистрации  |  |  |  | . |  | . |

Дата начала ведения финансово-хозяйственной

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| деятельности |  |  |  | . |  | . |

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

В соответствии с Правилами 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 года N 524, прошу установить скидку к страховому тарифу на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на      год.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *(подпись страхователя)* |  | *(ФИО страхователя)* |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| " |  | " |  |  |  | год  |
|  |  |  | *(дата)* |  |

Заявление принял

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | " |  | " |  |  |  | год  |
| *(ФИО)* |  | *(подпись)* |  | *(дата приема заявления)* |