Приложение N 2

к Административному регламенту

Фонда социального страхования

Российской Федерации

по предоставлению государственной

услуги по регистрации и снятию

с регистрационного учета

страхователей - юридических лиц

по месту нахождения обособленных

подразделений, утвержденному

приказом Фонда социального страхования

Российской Федерации

от 22 апреля 2019 г. N 217

Форма

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

 (число) (месяц (прописью) (год)

В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Наименование территориального органа Фонда социального

 страхования Российской Федерации)

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о снятии с регистрационного учета юридического

 лица по месту нахождения обособленного подразделения

Прошу снять с регистрационного учета юридическое лицо \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (полное наименование

 юридического лица)

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

Адрес места нахождения, указанный в учредительных документах:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| (Почтовый индекс) | (Субъект Российской Федерации) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (Город, область, иной населенный пункт) | (Улица/переулок/проспект) | (Дом) | (Корпус) | (Квартира/офис) |

в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации

по месту нахождения обособленного подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование

 обособленного

 подразделения)

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

Адрес места нахождения обособленного подразделения:

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| (Почтовый индекс) | (Субъект Российской Федерации) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (Город, область, иной населенный пункт) | (Улица/переулок/проспект) | (Дом) | (Корпус) | (Квартира/офис) |

регистрационный номер страхователя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указание на основание снятия с регистрационного учета: ликвидация

обособленного подразделения/закрытие страхователем - юридическим лицом

счета в банке (иной кредитной организации), открытого для совершения

операций обособленным подразделением/прекращение полномочий обособленного

подразделения по начислению выплат и иных вознаграждений в пользу

физических лиц)

Прошу копию решения о снятии с регистрационного учета: [<\*>](#P1083)

 вручить/ направить по почте/ направить в форме электронного

 документа (при направлении

 заявления через Единый портал)

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Подпись) (Фамилия, имя, отчество (при наличии)

 М.П. (при наличии)

--------------------------------

<\*> Нужное отметить.