ЗАЯВЛЕНИЕ

о регистрации в качестве страхователя в связи

с изменением места жительства

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

(Наименование территориального органа Фонда социального страхования

Российской Федерации)

Прошу зарегистрировать в качестве страхователя по новому месту жительства

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия) (Имя) (Отчество)

2. Адрес места жительства

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

│ │ │ │

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

(Почтовый индекс) (Государство) (Субъект Российской Федерации)

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

│ │ │ │ │ │

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

(Город) (Улица/переулок/проспект) (Дом) (Корпус) (Квартира)

Телефон (с указанием кода) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

КонсультантПлюс: примечание.

Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

2. Состоит на налоговом учете в

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

(наименование налогового органа, поставившего физическое лицо на учет)

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(индивидуальный номер налогоплательщика)

3. До настоящего времени (до изменения места жительства) был

зарегистрирован в

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

(Наименование территориального органа Фонда социального страхования

Российской Федерации)

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

(Адрес территориального органа Фонда социального страхования

Российской Федерации)

Регистрационный номер страхователя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код подчиненности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

┌─┐ ┌─┐

│ │ │ │направить [<\*>](file:///C:\Users\Malschukova.O\AppData\Roaming\Microsoft\Word\l%20Par1436%20%20o) мне один экземпляр уведомления о

│ │ │ │регистрации в территориальном органе Фонда

Прошу │ │ вручить/ │ │социального страхования по новому месту

└─┘ └─┘жительства

Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Число, месяц (прописью), год)

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

<\*> Нужное отметить.