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 31.01.2006 № 55

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ
от 22.06.2011 № 606н)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4 | марта  | 2020 |
| (число) | (месяц (прописью)) | (год) |

В Филиал № 19 ГУ Московского областного регионального отделения ФСС России

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о подтверждении основного вида экономической деятельности**

От Общества с ограниченной ответственностью «Реверс»

(полное наименование страхователя в соответствии с учредительными документами)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Регистрационный номер | 7 | 7 | 1 | 9 | 0 | 0 | 0 | 4 | 1 | 1 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код подчиненности | 7 | 7 | 1 | 9 | 1 |

|  |  |
| --- | --- |
| Государственное (муниципальное) учреждение |  |

В соответствии с пунктом 9 Правил отнесения видов экономической деятельности к классу профессионального риска, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2005 года № 713, и учредительными документами (устав, положение) прошу считать основным видом экономической деятельности за 2019 год вид

экономической деятельности:

 Торговля оптовая мясом и мясными продуктами

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код по ОКВЭД | 4 | 6 | . | 3 | 2 |  |  |  |

Основание:

1. Справка-подтверждение основного вида экономической деятельности.

Приложение: на 1 листе.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Руководитель организации |  |  | Степанов С.М. |
|  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Штамп территориального органа Фондасоциального страхования Российской Федерации |  |  |  |
| (подпись ответственного лица) |  | (расшифровка подписи) |