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,

утв. приказом Минздравсоцразвития России

от 31 января 2006 г. № 55

*(в ред. от 27 декабря 2022 г.)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *05* | *апреля* | *2023* |
| (число) | (месяц (прописью)) | (год) |

|  |  |
| --- | --- |
| В | *ОСФР по Рязанской области* |
|  | (наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о подтверждении основного вида экономической деятельности**

|  |  |
| --- | --- |
| От | *Общества с ограниченной ответственностью «Меркурий»* |
|  | (полное наименование страхователя в соответствии с учредительными документами) |

|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный номер | *072-029-123654* |

|  |  |
| --- | --- |
| Код территориального органа Фонда пенсионногои социального страхования Российской Федерации | 072-029 |

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

В соответствии с пунктом 9 Правил отнесения видов экономической деятельности к классу профессионального риска, утвержденных постановлением Правительства Российcкой Федерации от 1 декабря 2005 г. № 713, и учредительными документами прошу считать основным видом

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| экономической деятельности за | *2022* |  год вид экономической деятельности: |
| *Разработка компьютерного программного обеспечения* |
| (наименование вида экономической деятельности) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код по ОКВЭД | *6* | *2* | *.* | *0* | *1* |  |  |  |

Основание:

1. Справка-подтверждение основного вида экономической деятельности.

2. Копия пояснительной записки к бухгалтерскому балансу.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приложение: на | *11* | листах. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Руководитель организации(уполномоченный представитель) |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Штамп территориального органа Фонда пенсионного и социального страхованияРоссийской Федерации |  |  |  |
|  | (подписьответственного лица) |  | (расшифровка подписи) |