|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Приложение  УТВЕРЖДЕНА постановлением Правления ПФР от 1 февраля 2016 г. № 83п | | | | | | | | | | | |
| Форма СЗВ-М | | | | | | | | | | | |
| **Сведения о застрахованных лицах** | | | | | | | | | | | |
| 1. Реквизиты страхователя (заполняются обязательно): Регистрационный номер в ПФР \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Наименование (краткое) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  2. Отчетный период \_\_\_ календарного года \_\_\_\_\_\_ (заполняется обязательно) (01 – январь, 02 – февраль, 03 – март, 04 – апрель, 05 – май, 06– июнь, 07 – июль, 08 – август, 09 – сентябрь, 10– октябрь, 11 – ноябрь, 12 – декабрь)  3. Тип формы (код) \_\_\_\_ (заполняется обязательно одним из кодов: «исхд», «доп», «отмн»)  «исхд» - исходная форма, впервые подаваемая страхователем о застрахованных лицах за данный отчетный период «доп» - дополняющая форма, подаваемая с целью дополнения ранее принятых ПФР сведений о застрахованных лицах за данный отчетный период «отмн» - отменяющая форма, подаваемая с целью отмены ранее неверно поданных сведений о застрахованных лицах за указанный отчетный период  4. Сведения о застрахованных лицах:  (указываются данные о застрахованных лицах - работниках, с которыми в отчетном периоде заключены, продолжают действовать или прекращены трудовые договоры, гражданско-правовые договоры, предметом которых является выполнение работ, оказание услуг, договоры авторского заказа, договоры об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, издательские лицензионные договоры, лицензионные договоры о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства) | | | | | | | | | | | |
| № п/п | | Фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица (заполняются в именительном падеже) | | | | Страховой номер индивидуального лицевого счета (заполняется обязательно) | | | | ИНН (заполняется при наличии у страхователя данных об ИНН физического лица) | |
|  | |  | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | | | |  | |
|  | |  | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | |  |
| Наименование должности руководителя | | | | |  | (Подпись) | | |  | | (Ф.И.О.) |
|  | | | | |  | | |  |
| Дата | | | |  |
|  | М.П. (при ее наличии) |  |
|  | (ДД.ММ.ГГГГ.) | |  |