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 января 2006 г. № 55 (в редакции  
приказа Минздравсоцразвития России

от 22 июня 2011 г. № 606н)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 14 | апреля | 2017 |
| (число) | (месяц (прописью)) | (год) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| В | Филиал № 67 МРО ФСС России | | | | | | | | | | | | | |
|  | (наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| ЗАЯВЛЕНИЕ  о подтверждении основного вида экономической деятельности | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| От | общества с ограниченной ответственностью «Сатурн» | | | | | | | | | | | | | |
|  | (полное наименование страхователя в соответствии с учредительными документами) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Регистрационный номер | | 2 | 3 | 2 | 8 | | 2 | 2 | | 1 | 1 | 2 | 1 |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Код подчиненности | | 6 | 7 | 2 | 9 | | 1 |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Государственное (муниципальное) учреждение | |  |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| В соответствии с пунктом 9 Правил отнесения видов экономической деятельности к классу профессионального риска,  утвержденных постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2005 г. № 713, и учредительными документами (устав, положение)  прошу считать основным видом экономической деятельности за | | | | | | | | | | | | | | |
| 2016 | год вид экономической деятельности: | | производство мебели | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Код по ОКВЭД | | 6 | 3 | . | 3 | | 0 | . | | 2 | – |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Основание: | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Справка-подтверждение основного вида экономической деятельности. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Копия пояснительной записки к бухгалтерскому балансу. | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Приложение: на | 3 | листах. | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Руководитель организации | | *Смирнов* | | | | | | | |  | К.Е. Смирнов | | | |
|  | | (подпись) | | | | | | | |  | (расшифровка подписи) | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Заявление принято | | | | | |  | | |  | | | | |  |
| (Заполняется территориальным органом Фонда социального страхования  Российской Федерации) | | | | | | (число) | | | (месяц (прописью)) | | | | | (год) |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |
| Штамп территориального органа Фонда | |  | | | | | | | |  |  | | | |
| социального страхования Российской Федерации | | (подпись ответственного лица) | | | | | | | |  | (расшифровка подписи) | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |