Приложение N 2

к Административному регламенту

Фонда социального страхования

Российской Федерации по предоставлению

государственной услуги по регистрации

и снятию с регистрационного учета

страхователей - физических лиц,

обязанных уплачивать страховые

взносы в связи с заключением

гражданско-правового договора,

утвержденному приказом Фонда

социального страхования

Российской Федерации

от 22 апреля 2019 г. N 214

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

(Число, месяц (прописью), год)

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

(наименование территориального органа Фонда социального страхования

Российской Федерации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о снятии с регистрационного учета в территориальном органе Фонда

социального страхования Российской Федерации физического лица

Прошу снять с регистрационного учета

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

(Фамилия) (Имя) (Отчество (при наличии)

Адрес

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | |
| (Почтовый индекс) | | (Субъект Российской Федерации) | | |
|  |  | |  |  | |  |
| (Город, область, иной населенный пункт) | (Улица/переулок/проспект) | | (Дом) | (Корпус) | | (Квартира) |

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

в связи с прекращением действия гражданско-правовых договоров, в

соответствии с которыми страхователь обязан уплачивать в Фонд социального

страхования Российской Федерации страховые взносы на обязательное

социальное страхование от несчастных случаев на производстве и

профессиональных заболеваний.

Прошу копию решения о снятии с регистрационного учета [<\*>](#P1005)

base_1_332272_32771 Вручить/base_1_332272_32772 Направить по почте/base_1_332272_32773 направить в форме электронного

документа (при направлении заявления

через Единый портал)

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

Подпись работника многофункционального центра [<\*\*>](#P1006) \_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

расшифровка

МП [<\*\*>](#P1006) подписи

<\*> Нужное отметить

<\*\*> В случае указания заявителем государственной услуги в комплексном запросе