

Приложение № 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. № 214

Форма

2 сентября 2019  
(Число, месяц (прописью), год)

В ТУ-Сахалинское региональное отделение ПФР РФ  
(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

Иванов Иван Иванович  
(Фамилия) (Имя) (Отчество (при наличии))

Адрес

693000 Сахалинская  
(Почтовый индекс) (Субъект Российской Федерации)

Южно-Сахалинск Ленина 100 1  
(Город, область, иной населенный пункт) (Улица/переулок/проспект) (Дом) (Корпус) (Квартира)

Регистрационный номер страхователя 65009001234

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\*

☐ Вручить/ ☒ Направить по почте/ ☐ направить в форме электронного документа  
(при направлении заявления через Единый портал)

Подпись заявителя Иванов

Подпись работника многофункционального центра\*\* \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

МП\*\*

расшифровка  
подписи

\* Нужно отметить

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

Приложение № 1  
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. № 214

Форма

2 сентября 2019  
(Число, месяц (прописью), год)

В ТУ - Сахалинское региональное отделение ФСС РФ  
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

ЗАЯВЛЕНИЕ  
о регистрации в качестве страхователя – физического лица

Сведения о заявителе

1. Иванов Иван Иванович  
(Фамилия) (Имя) (Отчество (при наличии))

2. Адрес

693000 Сахалинская  
(Почтовый индекс) (Субъект Российской Федерации)

Ю-Сахалинск Ленина 100 1  
(Город, область, иной населенный пункт) (Улица/переулок/проспект) (Дом) (Корпус) (Квартира)

Телефон (с указанием кода) 8(4242) 12-34-56

Адрес электронной почты ivan@mail.ru

3. Документ, удостоверяющий личность:

Наименование документа паспорт

серия 64-01 номер 123456

кем и когда выдан отделом УФМС по Сахалинской области, 01.03.2010

дата и место рождения 01.01.1970 г.р. Южно-Сахалинск

4. Сведения о государственной регистрации:

4.1. Наименование органа, осуществившего государственную регистрацию  
Межрайонная УФМС №1 по Сахалинской области

4.2. Регистрационный номер 310650100001234



- 4.3. Дата государственной регистрации 01.02.2010  
(Число, месяц, год)
5. Сведения о выданных лицензиях (иных документах, дающих право физическому лицу заниматься в установленном законодательством Российской Федерации порядке частной практикой):
- 5.1. Наименование документа \_\_\_\_\_
- 5.2. Наименование органа, выдавшего документ \_\_\_\_\_
- 5.3. Номер документа \_\_\_\_\_
- 5.4. Дата выдачи документа \_\_\_\_\_
- 5.5. Дата окончания срока действия документа \_\_\_\_\_  
(Число, месяц, год или «бессрочно»)
6. Номер и дата заключения гражданско-правового договора с физическим лицом:  
№ 1 от 19 августа 2019 г.  
(число и месяц)
7. Срок действия гражданско-правового договора с физическим лицом:  
18 сентября 19 г.  
(число, месяц, год)
8. Основной вид деятельности Ремонт компьютеров и периферийного  
Код по ОКВЭД 95.11 компьютерного оборудования  
(Общероссийский классификатор видов экономической деятельности указывается цифровой код не менее четырех знаков)
9. Адрес места осуществления деятельности:
- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <u>693000</u><br>(Почтовый индекс) | <u>Сахалинская</u><br>(Субъект Российской Федерации) |
|------------------------------------|--|
- |   |  |                     |                     |                              |
|---|--|---------------------|---------------------|------------------------------|
| <u>Ю-Сахалинск</u><br>(Город, область, иной населенный пункт) | <u>Ленина</u><br>(Улица/переулок/проспект) | <u>100</u><br>(Дом) | <u></u><br>(Корпус) | <u>1</u><br>(Квартира, офис) |
|---|--|---------------------|---------------------|------------------------------|
- Телефон (с указанием кода) 8(4242) 12-34-56
10. Код по ОКДП \_\_\_\_\_  
(Общероссийский классификатор видов экономической деятельности, продукции и услуг)
11. Состоит на налоговом учете в ИФНС России № 1 по Сахалинской области  
(Наименование налогового органа, поставившего физическое лицо на учет)
- ИНН 650/00123456
12. Счет в кредитной организации 40802810830182400481  
(Идентификационный номер налогоплательщика)
- в ПАО Сбербанк, г. Хабаровск (Номер счета)
- БИК 044813608 (Наименование кредитной организации)
13. Регистрационный номер страхователя \_\_\_\_\_

Прошу зарегистрировать в качестве страхователя по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в связи с

- ☒ заключением гражданско-правового договора с физическим лицом/  
☐ изменением места жительства

уведомления о регистрации в качестве страхователя\*\*

- ☐ вручить/ ☒ направить по почте/ ☐ направить в форме электронного документа  
(при направлении заявления через Единый портал)

Подпись заявителя Иванов

Подпись работника многофункционального центра \*\*\* \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

МП \*\*\*

расшифровка  
подписи

\* Заполняется в случае регистрации в связи с изменением места жительства.

\*\* Нужно отметить.

\*\*\* В случае указания заявителем государственной услуги в комплексном запросе.



Приложение № 1  
к Административному регламенту  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
по предоставлению государственной  
услуги по регистрации и снятию  
с регистрационного учета страхователей –  
физических лиц, заключивших трудовой  
договор с работником, утвержденному  
приказом Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 22 апреля 2019 г. № 215

Форма

2 сентября 2019

(Число, месяц (прописью), год)

В ГУ-Сахалинское региональное отделение ФСС РФ  
(Наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

ЗАЯВЛЕНИЕ  
о регистрации в качестве страхователя - физического лица

1. Иванов Иван Иванович  
(Фамилия) (Имя) (Отчество (при наличии))

2. Адрес

683000 Сахалинская  
(Почтовый индекс) (Субъект Российской Федерации)

Ю-Сахалинск Ленина 100 1  
(Город, область, иной населенный пункт) (Улица/переулок/проспект) (Дом) (Корпус) (Квартира)

Телефон (с указанием кода) 8 (4242) 12-34-56

Адрес электронной почты ivan@mail.ru

3. Документ, удостоверяющий личность:

наименование документа паспорт

серия 64-01 номер 123456  
кем и когда выдан отделом УФМС по Сахалинской области, 01.03.2010

дата и место рождения 01.01.1970, пер. Южно-Сахалинск

4. Сведения о государственной регистрации:

4.1. Наименование органа, осуществившего государственную регистрацию  
Менсрабционная ЦФНС №1 по Сахалинской области

4.2. Регистрационный номер 310650/00001234

4.3. Дата государственной регистрации 01.01.2010  
(Число, месяц, год)

5. Сведения о выданных лицензиях (иных документах, дающих право физическому лицу заниматься в установленном законодательством Российской Федерации порядке частной практикой):

5.1. Наименование документа \_\_\_\_\_

5.2. Наименование органа, выдавшего документ \_\_\_\_\_

5.3. Номер документа \_\_\_\_\_

5.4. Дата выдачи документа \_\_\_\_\_

(Число, месяц, год)

5.5. Дата окончания срока действия документа \_\_\_\_\_

(Число, месяц, год или «бессрочно»)

6. Номер и дата заключения трудового договора № \_\_\_\_\_

1 от 19 августа 2019 г.  
(Число и месяц)

7. Срок действия трудового договора \* с \_\_\_\_\_

19.08.2019 по 18.08.2020  
(Число, месяц, год) (Число, месяц, год)

8. Основной вид деятельности Ремонт компьютеров и периферийного оборудования  
(неопределенный срок)

Код по ОКВЭД2 95.11

(Общероссийский классификатор видов экономической деятельности  
указывается цифровой код не менее четырех знаков)

9. Адрес места осуществления деятельности

693000 Сахалинская  
(Почтовый индекс) (Субъект Российской Федерации)

<u>Ю-Сахалинск</u>	<u>Минина</u>	<u>100</u>		<u>1</u>
(Город, область, иной населенный пункт)	(Улица/переулок/проспект)	(Дом)	(Корпус)	(Квартира, офис)

Телефон (с указанием кода) \_\_\_\_\_

8(4242) 12-34-56

10. Код по ОКДП \_\_\_\_\_

11. Состоит на налоговом учете в \_\_\_\_\_

ИФНС России № 1 по Сахалинской области  
(Наименование налогового органа, поставившего физическое лицо на учет)

ИНН 650100 123456

(Идентификационный номер налогоплательщика)

12. Счет в кредитной организации \_\_\_\_\_

408028108301224000891

в ПАО Сбербанк, г. Хабаровск

(Наименование банка)

БИК 040618608

13. Дата получения средств на оплату труда \_\_\_\_\_

05

(число)

каждого месяца.



Прошу зарегистрировать в качестве страхователя в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации и уведомление о регистрации в качестве страхователя физического лица в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации:

☐ Вручить / ☒ Направить по почте / ☐ Направить в форме электронного документа  
(при направлении заявления через Единый портал<sup>1</sup> \*\*)

Подпись заявителя Иванов

Подпись работника многофункционального центра\*\*\* \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
расшифровка

МП\*\*\*

<sup>1</sup> Заполняется соответствующая строка в зависимости от вида трудового договора.

<sup>\*\*</sup> Нужно отметить.

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