Додаток 4 до п. 3.4 Інструкції про порядок перерахування, обліку та витрачання страхових коштів Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України

Відділення виконавчої дирекції Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань у м. Хмельницькому	код

З А Я В А

Про взяття на облік як платника страхових внесків

(повна назва підприємства, установи, організації – для юридичних осіб); (прізвище, ім‘я, по батькові – для фізичних осіб)

Скорочене найменування (для юридичних осіб)

Юридична адреса	Пошт. індекс		
Фактична адреса	Пошт. індекс		
Телефон/Факс			
Код за ЄДРПОУ (для юридичних осіб)			
Форма власності за КФВ	код	назва	
Форма господарювання за КОПФГ	код	назва	**Товариство з обмеженою відповідальністю**

Свідоцтво про державну реєстрацію юридичної особи (фізичної особи-підприємця) від . . р

Номер запису про державну реєстрацію

Найменування органу, що видав свідоцтво про державну реєстрацію

Виконавчий комітет Хмельницької міської ради Хмельницької області

Ідентифікаційний номер (для фізичних осіб)

Паспорт серія номер Дата видачі . . р

(ким виданий)

Використання найманої праці	Так	Ні

(непотрібне закреслити)

Прошу взяти на облік платником страхових внесків до Фонду соціального страхування від нещасних випадків на виробництві та професійних захворювань України за кодом економічної діяльності

. .

Діяльність кафе

(назва коду виду економічної діяльності)

Дата **“_____” __квітня_____р.**

Керівник _____ (підпис) _____ (прізвище, ім‘я, по батькові)

М.П.