Приложение № 7 к приказу от 02.02.2023г. № 11 п/п

Директору МАУ «ЦС МСП»

П.М. Боргоякову

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Документы вручить:

o лично

o е-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу оказать помощь в заполнении:

* Сведений о застрахованных лицах по форме СЗВ-М за период \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мес. 20\_\_\_\_\_г.
* СЗВ-стаж «Сведения о страховом стаже застрахованных лиц» за \_\_\_\_\_\_\_\_ год.

Предоставляю необходимые данные для заполнения отчетности. Ответственность за их достоверность возлагаю на себя.

Прошу не предоставлять указанную информацию третьим лицам без моего согласия.

Приложения:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Выписка из ЕГРЮЛ (ЕГРИП) |  |
| 2 | Застрахованные лица (кол-во) |  |
| 3 | ФИО застрахованного лица |  |
| 4 | СНИЛС застрахованного лица |  |
| 5 | ИНН застрахованного лица |  |
| 6 | Иные документы |  |

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

дата подпись