Приложение № 6 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 Отчетности по страховым взносам по форме **4-ФСС** за период \_\_\_\_\_\_ квартал 20\_\_\_\_года. ОКВЭД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Прошу не предоставлять указанную информацию третьим лицам без моего согласия.

Приложения:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Выписка из ЕГРЮЛ (ЕГРИП) |  |
| 2 | Прекращение деятельности (в случае ликвидации или прекращения деятельности (проставляется буква "Л") |  |
| 3 | Среднесписочная численность работников, из них: |  |
|  | - работающих инвалидов |  |
|  | - работающих, занятых на работах с вредными и/или опасными производственными факторами |  |
| 4 | СНИЛС |  |
| 5 | Иные документы |  |

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

дата подпись