

Об утверждении формы решения об уточнении основания, типа и принадлежности платежа, отчетного (расчетного) периода или статуса страхователя

Приказ · № 40 · от 13.02.2017 · Фонд социального страхования · Утратил силу

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

Москва

13 февраля 2017 г. № 40

Об утверждении формы решения об уточнении основания, типа и принадлежности платежа, отчетного (расчетного) периода или статуса страхователя

Зарегистрирован Минюстом России 9 марта 2017 г.

Регистрационный № 45875

В целях реализации пункта 12 статьи 26-1 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2016, № 27, ст. 4183) приказываю:

утвердить форму решения об уточнении основания, типа и принадлежности платежа, отчетного (расчетного) периода или статуса страхователя согласно приложению к настоящему приказу.

Председатель Фонда А.С.Кигим

ПРИЛОЖЕНИЕ

к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 13 февраля 2017 г. № 40

Решение

об уточнении основания, типа и принадлежности платежа,
отчетного (расчетного) периода или статуса страхователя от _____ № _____

В соответствии с пунктом 12 статьи 26-1 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" _____

(должность руководителя (заместителя руководителя)

территориального органа страховщика)

(наименование территориального органа страховщика)

(фамилия, имя и отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа страховщика)

РЕШИЛ: на основании заявления страхователя, поступившего _____,
(число, месяц, год) и акта совместной сверки расчетов по страховым взносам, пеням и штрафам* от
_____ № _____

(дата подписания акта) произвести уточнение основания, типа и принадлежности платежа,
отчетного (расчетного) периода или статуса страхователя

(полное наименование организации
(обособленного подразделения),

Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица) Регистрационный номер страхователя

_____ Код подчиненности _____ ИНН
_____ КПП _____ Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица _____:
1) Реквизиты платежного документа (поручения) Наименование документа _____ № _____ Дата _____
Статус страхователя _____ Наименование ИНН КПП (Ф.И.О. страхователя) _____ страхователя _____
страхователя _____ Дата списания денежных средств со ИНН КПП счета страхователя _____
получателя _____ получателя _____ КБК** _____ ОКТМО _____ Основание платежа
_____ Отчетный Дата зачисления денежных период Тип средств на счет Федерального
(расчетный) _____ платежа _____ казначейства _____ 2) Изменить на реквизиты
платежного документа (поручения)*** ИНН КПП Статус страхователя _____ страхователя _____
страхователя _____
Отчетный
Основание (расчетный) КБК** _____ платежа _____ период _____ Тип платежа

Руководитель (заместитель руководителя)
территориального органа Фонда социального
страхования Российской Федерации

_____ (подпись) (расшифровка) Место печати территориального органа страховщика "___" _____ 20__ г.

* заполняется в случае, если такая совместная сверка проводилась;

** уточнению подлежит код бюджетной классификации (КБК), администрируемый Фондом
социального страхования Российской Федерации в рамках бюджета Фонда социального страхования
Российской Федерации

*** заполняются в зависимости от причины уточнения
