Приложение № 5 к приказу от 22.03.2021г. № 15 п/п

Директору МАУ «ЦС МСП»

П.М. Боргоякову

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

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

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

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

Документы вручить:

* лично
* е-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу оказать помощь в заполнении **Расчета по страховым взносам** за период \_\_\_\_\_\_\_ квартал 20\_\_\_\_ года для представления в ИФНС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

ОКВЭД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Система налогообложения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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 (кол-во) |  |
| 4 | Копия паспорта застрахованного лица (1-я страница) |  |
| 5 | Страховой номер (СНИЛС) застрахованного лица |  |
| 7 | ИНН застрахованного лица |  |
| 8 | Иные документы |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Документы направить в налоговый орган по телекоммуникационным каналам связи (возможно только при наличии доверенности) |  |

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

дата подпись