Директору МАУ «ЦС МСП»

Боргоякову П.М.

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

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

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

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

Документы вручить:

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

Заявка на участие в методическом мероприятии (семинаре, конференции) с целью получения информационно-методологической консультации

Прошу оказать помощь в заполнении Расчета по страховым взносам за период \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_\_г. ОКВЭД \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ для представления в ИФНС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. 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; |  |
| 2 | Прекращение деятельности (в случае ликвидации или прекращения деятельности (проставляется буква "Л"); |  |
| 3 | Среднесписочная численность (количество); |  |
| 4 | Копия паспорта застрахованного лица; |  |
| 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