

## Заявление

1. Полное наименование страхователя

---

---

---

2. Регистрационный номер в Фонде социального страхования \_\_\_\_\_

3. ИНН \_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество руководителя)

согласен получать информацию о законодательстве Российской Федерации об обязательном социальном страховании и принятых в соответствии с ним нормативных правовых актах, о порядке исчисления и уплаты страховых взносов, правах и обязанностях страхователя, полномочиях Фонда, территориальных органов Фонда и их должностных лиц, а также об изменении форм расчетов по начисленным и уплаченным страховым взносам и порядке их заполнения, о возникновении возможной переплаты (задолженности) по страховым взносам на адрес электронной почты:

---

(указать адрес электронной почты)

Телефон: \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(подпись)