

Приложение № 2
к приказу Минздравсоцразвития России
от 24.01.2011 № 21н

ГУ ПФР № 9 по г. Москве и Московской области

(наименование территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации)

от страхователя/территориального органа страховщика, назначающего и выплачивающего пособие
(ненужное зачеркнуть)

Общества с ограниченной ответственностью «Альфа»

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица
либо наименование территориального органа страховщика)

Дополнительные сведения*:

Регистрационный номер в Пенсионном фонде Российской Федерации 087-203-250623

ИНН 7733012589

КПП 773301001

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица: г. Москва, Строительный проезд, д. 10

Контактный телефон: +7 (916) 1722589

Запрос

в территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации о предоставлении сведений о заработной плате, иных выплатах и вознаграждениях застрахованного лица

от 10 июня 20 14 г. № 1

На основании заявления Ивановой Елены Васильевны,
(Ф.И.О. застрахованного лица)

паспортные данные: серия 8009 номер 854567 кем и когда выдан 18.06.2005

Краснопресненским УВД г. Москвы,
дата рождения 12.12.1985,

страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) 112-233-345 75,

адрес места жительства застрахованного лица: г. Москва, ул. Исаковского, д. 15, кв. 67,

прошу в соответствии с частью 7.2 статьи 13 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» предоставить сведения о заработной плате, иных выплатах и вознаграждениях, начисленных страхователем Обществом с ограниченной ответственностью «Торговая фирма «Гермес»

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

за 20 12 г. 20 13 г. (указать календарные годы).

Имеется согласие застрахованного лица на обработку и использование территориальным органом Пенсионного фонда Российской Федерации его персональных данных о заработной плате, иных выплатах и вознаграждениях для подготовки им сведений о заработной плате, иных выплатах и вознаграждениях и предоставления их страхователю/территориальному органу страховщика,
(ненужное зачеркнуть)

назначающему и выплачивающему пособие, Обществу с ограниченной ответственностью «Альфа»

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица либо наименование территориального органа страховщика)

Руководитель организации (обособленного подразделения), индивидуальный предприниматель, физическое лицо либо руководитель территориального органа страховщика

Генеральный директор

(должность)**


(подпись)

О.Д. Петров

(Ф.И.О.)

Место печати страхователя либо территориального органа страховщика

* Заполняются страхователем.

** Заполняется руководителем организации (обособленного подразделения), территориального органа страховщика.