

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПОДТВЕРЖДЕНИИ ОСНОВНОГО ВИДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Приложение № 1
к Порядку подтверждения основного вида экономической
деятельности страхователя
по обязательному социальному страхованию
от несчастных случаев на производстве и
профессиональных заболеваний – юридического лица, а
также видов экономической деятельности подразделений
страхователя, являющихся самостоятельными
классификационными единицами, утвержденному
Приказом Минздравсоцразвития России
от 31 января 2006 г. № 55
(в ред. приказа Минздравсоцразвития России
от 22.06.2011 № 606н, приказов Минтруда России от
15.12.2022 № 782н, от 27.12.2022 № 818н)

11	апреля	2025
(число)	(месяц (прописью))	(год)

В ОСФР ПО Г.МОСКВЕ И МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

ЗАЯВЛЕНИЕ о подтверждении основного вида экономической деятельности

От Общество с ограниченной ответственностью «Омега»
(полное наименование страхователя в соответствии с учредительными документами)

Регистрационный номер 7 1 0 1 0 1 2 3 4 5
Код территориального органа Фонда
пенсионного
и социального страхования 2 0 1
Российской Федерации

Государственное (муниципальное) учреждение ☐

В соответствии с пунктом 9 Правил отнесения видов экономической деятельности к
классу профессионального риска, утвержденных постановлением Правительства Российской
Федерации от 1 декабря 2005 г. № 713, и учредительными документами прошу считать
основным видом экономической деятельности за 2024 год вид экономической
деятельности:

Издание книг, брошюр, рекламных буклетов и аналогичных изданий, включая издание словарей и
энциклопедий на электронных носителях
(наименование вида экономической деятельности)

Код по ОКВЭД

5	8	.	1	1	.	2	
---	---	---	---	---	---	---	--

Основание:

- Справка-подтверждение основного вида экономической деятельности.
- Копия пояснительной записки к бухгалтерскому балансу.

Приложение: на 2 листах.

Руководитель организации
(уполномоченный представитель)


(подпись)

А.Г. Котов
(расшифровка подписи)

Заявление принято
(заполняется территориальным органом Фонда пенсионного и
социального страхования Российской Федерации)

(число)	(месяц (прописью))	(год)

Штамп территориального органа Фонда
пенсионного и социального страхования
Российской Федерации

(подпись ответственного лица)

(расшифровка подписи)