

Форма

В ГУ СФР № 3 по г. Москве и Московской области

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении отсрочки (рассрочки) по уплате страховых взносов, пеней и штрафов

7708123450/770801001, общество с ограниченной ответственностью «Комета», 125009, г. Москва, ул. Тверская, д. 1,

(ИНН/КПП, полное наименование организации, адрес в пределах места нахождения организации/фамилия, имя, отчество
(при наличии) физического лица, адрес места жительства физического лица, ИНН (при наличии))

регистрационный номер в Фонде пенсионного и социального страхования Российской Федерации 087-101-012345

Прошу предоставить отсрочку (рассрочку) по уплате страховых взносов на обязательное социальное страхование

(указать вид платежа — страховые взносы)

от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний

на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, пени, штрафы)

на период с 1 сентября 2023 года по 31 декабря 2023 года

(указать дату начала и дату окончания действия отсрочки (рассрочки))

по основанию, предусмотренному подпунктом 1 пункта 4 статьи 26.2 Федерального закона от 24 июля 1998 г.

№ 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее — Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ).

Обязуюсь уплатить проценты, начисленные на сумму задолженности в соответствии с пунктом 7 статьи 26.2

Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ

Вид платежа	Сумма задолженности (руб.)
страховые взносы	<u>10 000</u>
пени	
штрафы	
Всего:	<u>10 000</u>

(подпись руководителя/заместителя
руководителя организации (физического лица))

Стрелков А.В.
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

25 августа 2023 г.
(дата)

место печати (при наличии)

25 августа 20 23 г.

(дата получения заявления
территориальным органом
Фонда пенсионного
и социального страхования
Российской Федерации)

(подпись уполномоченного лица
территориального органа Фонда
пенсионного и социального страхования
Российской Федерации)

(Латышева Г.Н.)
(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Наименование

Укажите наименование территориального отделения Соцфонда, где ваша компания стоит на учете.

Основание

Приведите одно из трех оснований, по которым просите отсрочку. Для этого укажите нужный подпункт из статьи 26.2 Закона о взносах на травматизм (п. 4 ст. 26.2 Закона № 125-ФЗ).

Сумма

По каждому виду платежа укажите конкретную сумму долга.