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 31.01.2006 № 55

(в ред. Приказа Минздравсоцразвития РФ  
от 22.06.2011 № 606н)

| 15 | апреля | 2023 |
| --- | --- | --- |
| (число) | (месяц (прописью)) | (год) |

Отделение фонда пенсионного и социального страхования РФ по г. Москве

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
о подтверждении основного вида экономической деятельности**

От Региональная Общественная организация “Общество дружбы с народом Маврикия”

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |

| Код подчиненности | 7 | 3 | 0 | 0 | 1 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |

| 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 года № 713, и учредительными документами (устав, положение) прошу считать основным видом экономической деятельности за 2023 год вид Эксплуатация гаражей,стоянок для автотранспортных средств,велосипедов и т. д.

экономической деятельности: Деятельность в области права

| Код по ОКВЭД | 5 | 2 | . | 2 | 1 |  | 2 | 4 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |

Основание:

1. Справка-подтверждение основного вида экономической деятельности.

| Руководитель организации |  |  | Ильина Л.П. |
| --- | --- | --- | --- |
|  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

| Заявление принято |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (заполняется территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации) | (число) | (месяц (прописью)) | (год) |

| Штамп территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | (подпись ответственного лица) |  | (расшифровка подписи) |