**ЗАЯВЛЕНИЕ**

о предоставлении отсрочки (рассрочки) по уплате страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний

(ИНН/КПП, полное наименование организации)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес места нахождения)

Прошу предоставить (нужное указать) отсрочку/рассрочку

по сроку уплаты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается установленный срок уплаты страховых взносов)

в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей, на срок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на основании Решения о предоставлении отсрочки (рассрочки) по уплате налогов, страховых взносов, принятого налоговым органом в соответствии с Правилами, утвержденными Постановлением Правительства РФ от 02.04.2020 № 409 «О мерах по обеспечению устойчивого развития экономики».

Решение о предоставлении отсрочки (рассрочки) принято по следующим основаниям (указать основание, по которому налоговые органы приняли решение):

1. ОКВЭД (основной), относящийся к сферам деятельности, наиболее пострадавших в условиях ухудшения ситуации в связи с распространением коронавирусной инфекции по состоянию на 01.02.2020

2. Реализация социально-значимых товаров (услуг)

3. Стратегическая организация

4. Системообразующая организация

5. Градообразующая организация

6. Крупнейший налогоплательщик

7. Иное (указать) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На период действия отсрочки (рассрочки) обязуюсь:

- при наступлении сроков уплаты сумм отсроченной (рассроченной) задолженности своевременно и в полном размере уплачивать причитающиеся суммы;

- в случае отмены налоговым органом решения о предоставлении отсрочки (рассрочки) незамедлительно уведомить об этом территориальный орган Фонда, предоставивший отсрочку (рассрочку) по страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись руководителя организации) (дата)