# Запрос в территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации о представлении сведений о заработной плате, иных выплатах и вознаграждениях застрахованного лица (образец заполнения)

 В ОПФР Автозаводского

р-на г. Самары

--------------------------------

(наименование территориального

органа Пенсионного фонда

Российской Федерации)

от страхователя/

-территориального органа

страховщика,-

--------------------------------

(ненужное зачеркнуть),

назначающего и выплачивающего

пособие,

Общество с ограниченной

--------------------------------

ответственностью "Танго"

--------------------------------

(полное наименование организации

(обособленного подразделения),

Ф.И.О. индивидуального

предпринимателя, физического

лица либо наименование

территориального органа

страховщика)

Дополнительные сведения 1 :

Регистрационный номер

в Пенсионном фонде Российской

042-201-123456

Федерации ----------------------

6340012323 634001001

ИНН ---------- КПП -------------

Адрес места нахождения

организации (обособленного

подразделения)/адрес постоянного

места жительства индивидуального

предпринимателя, физического

лица

г. Самара, ул. Барнаульская,

д. 28

--------------------------------

Контактный телефон:

846 229-25-47

--(---)------------------------

Запрос

в территориальный орган Пенсионного фонда Российской Федерации

о представлении сведений о заработной плате, иных выплатах

и вознаграждениях застрахованного лица

16 августа 11 2

от ----------- 20-- г. N -----------

Иванова Аркадия Петровича,

На основании заявления ---------------------------------------------------,

(Ф.И.О. застрахованного лица)

2299 125412

паспортные данные: серия --------- номер -------- кем и когда выдан \_\_\_\_\_\_\_

13.02.2000 УВД Автозаводского района г. Самары

--------------------------------------------------------------------------,

12.02.1981

дата рождения ------------------, 024-658-654-52

страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) -------------------,

г. Самара, ул. Чернореченская,

адрес места жительства застрахованного лица: ------------------------------

д. 10, кв. 21

--------------------------------------------------------------------------,

прошу в соответствии с частью 7.2 статьи 13 Федерального закона от 29

декабря 2006 г. N 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай

временной нетрудоспособности и в связи с материнством" представить сведения

о заработной плате, иных выплатах и вознаграждениях, начисленных

Открытым акционерным обществом "Аскон"

страхователем -------------------------------------------------------------

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

(полное наименование организации (обособленного подразделения),

Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

09 10

за 20-- г. 20-- 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

страхователю/-территориальному органу- страховщика,

и представления их --------------------------------------------------------

(ненужное зачеркнуть)

назначающему и выплачивающему пособие, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(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

Директор Носков В.Д. Носков

------------------- ---------------------- --------------------------------

(должность) 2 (подпись) (Ф.И.О.)

Место печати

страхователя либо

территориального органа

страховщика

1 Заполняются страхователем.

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

Источник - "Отдел кадров коммерческой организации", 2011, № 9

Сохраните в закладки наш сайт: [Порядокправа.рф](https://порядокправа.рф)

Прямая ссылка на документ: [https://порядокправа.рф/obrazecy/zapros\_v\_territorialnyj\_organ\_pensionnogo\_fonda\_rossijskoj\_federacii\_o\_predstavlenii\_svedenij\_o\_zar.htm](https://порядокправа.рф/zapros_v_territorialnyj_organ_pensionnogo_fonda_rossijskoj_federacii_o_predstavlenii_svedenij_o_zar.htm)