**УТВЕРЖДЕНА**

постановлением Правления ПФР от №

Форма СЗВ-М

**Сведения о застрахованных лицах**

Код по ОКУД Код по ОКПО

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Реквизиты страхователя (заполняются обязательно):

Регистрационный номер в ПФР \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Наименование (краткое) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1. Отчетный период:

(Символ «х» в окошке рядом с наименованием месяца, за который представляется форма)январь февраль март апрель май июнь июль август сентябрь октябрь ноябрь декабрь календарного года (заполняется обязательно)1. Тип формы (заполняется обязательно):

исходная (форма, впервые подаваемая страхователем о застрахованных лицах за данный отчетный период)дополняющая (форма, подаваемая с целью дополнения ранее принятых ПФР сведений о застрахованных лицах за данный отчетный период)отменяющая (форма, подаваемая с целью отмены ранее неверно поданных сведений о застрахованных лицах за указанный отчетный период)1. Сведения о застрахованных лицах:

(указываются данные о застрахованных лицах - работниках, с которыми в отчетном периоде заключены, продолжают действовать или прекращены трудовые договоры, договоры гражданско-правового характера, предметом которых является выполнение работ, оказание услуг, договоры авторского заказа, договоры об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, издательские лицензионные договоры, лицензионные договоры о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства, в том числе заключенные на коллективной основе)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица (заполняются в именительном падеже)  | Страховой номер индивидуального лицевого счета (заполняется обязательно) | ИНН (заполняется при наличии у страхователя данных об ИНН физического лица) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

  |

Наименование должности

руководителя Подпись Расшифровка подписи

Дата М.П.