**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.