

Вх. №.....
Дата.....

ДО
ДИРЕКТОРА НА
ТП НА НОИ
ГР. СИЛИСТРА

**ЗАЯВЛЕНИЕ-ДЕКЛАРАЦИЯ
на основание чл. 5, ал. 10 от КСО**

Долуподписаният/та
ЕГН адрес гр./с
п.к. ул. №.....
в качеството на
(длъжност)
.....
(наименование на осигурителя, БУЛСТАТ)

седалище гр./с, ул., тел.....

място за развитие на дейността: гр./с

ГОСПОДИН/ГОСПОЖО ДИРЕКТОР,

Заявявам, че представлявания от мен осигурител е прекратил дейността си и трудовите договори на работниците и служителите са прекратени.

Предстои подаване на заявление за заличаване от съдебните регистри.

Декларирам, че осигурителят прекратява дейността си - няма правоприменик, няма да се извършва преобразуване или продажба на предприятието.

Моля, да бъде насрочена дата за осъществяване на приемо-предавателна процедура съгласно разпоредбата на чл. 5, ал. 10 от КСО.

Документите се отнасят за периода от.....до..... /.....бр. дела.

Имам/нямам наети лица за периода(ите)

..... -, -
..... -, -

Известно ми е, че за неверни данни нося наказателна отговорност по чл. 313 от Наказателния кодекс.

Дата:
гр.

Подпис: