

Представляется на бумажном носителе не позднее 20-го числа календарного месяца, следующего за отчетным периодом, в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации *

Форма 4 - ФСС

Регистрационный номер страхователя

5	0	1	4	0	0	1	7	3	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Код подчиненности

5	0	1	4	1
---	---	---	---	---

РАСЧЕТ
по начисленным и уплаченным страховым взносам
на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве
и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения

Номер корректировки

0	0	0
---	---	---

 Отчетный период (код)

1	2
---	---

 /

1	7
---	---

 Календарный год

2	0	1	7
---	---	---	---

(000 - исходная, 001 - номер корректировки) (03 - 1 кв.; 06 - полугодие; 09 - 9 месяцев; 12 - год/при обращении за выделением средств на выплату страхового обеспечения) Прекращение деятельности

--

Государственное автономное учреждение Московской области "Люберецкое информационное агентство Московской области"

(Полное наименование организации, обособленного подразделения/Ф.И.О. (последнее при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

ИНН

5	0	2	7	1	1	5	8	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Код по ОКВЭД

2	2
---	---

 .

1	2
---	---

 .

--	--

КПП

5	0	2	7	0	1	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

ОГРН (ОГРНИП)

1	0	6	5	0	2	7	0	1	2	3	2	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Номер контактного телефона

8	4	9	5	5	5	9	7	0	1	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

почтовый индекс

140005

 Адрес регистрации
субъект

Московская область

район

Люберецкий

город

Люберцы

улица

Кирова

дом

57

 корпус (строение)

-

 квартира (офис)

-

Среднесписочная численность работников

1	5
---	---

 Расчет представлен на

0	0	5
---	---	---

 стр.
Численность работающих инвалидов

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

 с приложением подтверждающих документов или их копий на

--	--	--

 листах
Численность работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами

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

Достоверность и полноту сведений, указанных в настоящем расчете, подтверждаю

1

 1 - страхователь
2 - представитель страхователя
3 - правопреемник

Хансверов Рустам Хусаинович
(Ф.И.О. (последнее при наличии) руководителя организации, индивидуального предпринимателя, физического лица - представителя страхователя)

Подпись

--

 Дата

17	.	07	.	2018
----	---	----	---	------

Документ, подтверждающий полномочия представителя

Заполняется работником территориального органа Фонда
Сведения о представлении расчета

Данный расчет представлен (код)

--	--

с приложением подтверждающих документов или их копий на

--	--	--	--

 листах
Дата представления расчета **

	.		.				
--	---	--	---	--	--	--	--

(Ф.И.О. (последнее при наличии)) (Подпись)

* Далее - территориальный орган Фонда.
** Указывается дата представления расчета лично или через представителя страхователя, при отправке по почте - дата отправки почтового отправления с описью вложения.

Регистрационный номер
страхователя

5 0 1 4 0 0 1 7 3 5

стр. 0 0 2

Код подчиненности

5 0 1 4 1

**РАСЧЕТ ПО НАЧИСЛЕННЫМ, УПЛАЧЕННЫМ СТРАХОВЫМ ВЗНОСАМ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ
СОЦИАЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ НА ПРОИЗВОДСТВЕ И
ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Таблица 1

РАСЧЕТ БАЗЫ ДЛЯ НАЧИСЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ

(руб. коп.)

Наименование показателя	Код строки	Всего с начала расчетного периода	В том числе за последние три месяца отчетного периода		
			1 месяц	2 месяц	3 месяц
1	2	3	4	5	6
Суммы выплат и иных вознаграждений, начисленных в пользу физических лиц в соответствии со статьей 20.1 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ	1	9190272,54	683517,20	781590,26	736557,16
Суммы, не подлежащие обложению страховыми взносами в соответствии со статьей 20.2 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ	2	1372310,22	38386,38	44537,46	76013,66
Итого база для начисления страховых взносов (стр. 1 - стр. 2)	3	7817962,32	645130,82	737052,80	660543,50
из них: сумма выплат в пользу работающих инвалидов	4				
Размер страхового тарифа в соответствии с классом профессионального риска (%)	5				
Скидка к страховому тарифу (%)	6				
Надбавка к страховому тарифу (%)	7				
Дата установления надбавки	8				
Размер страхового тарифа с учетом скидки (надбавки) (%) (заполняется с двумя десятичными знаками после запятой)	9				

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю


(Подпись)

17.01.2018
(Дата)