

Форма 4-ФСС

стр. 001

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

Регистрационный номер страхователя 5014001735

Код подчиненности 50141

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 000 Отчетный период (код) 12 / -- Календарный год 2018
(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 005027115801

КПП 502701001

ОГРН (ОГРНИП) 001065027012324

Номер контактного телефона (495) 559-70-15

Код по ОКВЭД 63 . 91 . --

Бюджетная организация:

- 1 - Федеральный бюджет
- 2 - Бюджет субъекта Российской Федерации
- 3 - Бюджет муниципального образования
- 4 - Смешанное финансирование

почтовый индекс 140000 Адрес регистрации

субъект Россия, Московская область

район ЛЮБЕРЕЦКИЙ Р-Н

город -

улица КИРОВА УЛ

дом 57 корпус (строение) - квартира (офис) -

Среднесписочная численность работников 15

Расчет представлен на 005 стр.

Численность работающих инвалидов 0

с приложением подтверждающих документов или их копий на -- листам

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

Достоверность и полноту сведений, указанных в настоящем расчете, подтверждаю:

Заполняется работником территориального органа Фонда Сведения о представлении расчета

- 1 - страхователь
- 2 - представитель страхователя
- 3 - правопреемник

Данный расчет представлен (код)

ХАНСВЕРОВ РУСТАМ ХУСАИНОВИЧ

с приложением подтверждающих документов или их копий на -- листам

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

Подпись Дата 18 . 01 . 2019

Дата представления расчета **

Документ, подтверждающий полномочия представителя

(Ф. И. О. (последнее при наличии))

(Подпись)

* Далее - территориальный орган Фонда.

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	10820643.82	1284101.18	1145489.19	842320.67
Суммы, не подлежащие обложению страховыми взносами в соответствии со статьей 20.2 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ	2	1570758.23	194174.13	179578.78	72729.78
Итого база для начисления страховых взносов (стр. 1 - стр. 2)	3	9249885.59	1089927.05	965910.41	769590.89
из них: сумма выплат в пользу работающих инвалидов	4	0.00	-	-	-
Размер страхового тарифа в соответствии с классом профессионального риска (%)	5		0.2		
Скидка к страховому тарифу (%)	6		0		
Надбавка к страховому тарифу (%)	7		0		
Дата установления надбавки	8		-		
Размер страхового тарифа с учетом скидки (надбавки) (%) (заполняется с двумя десятичными знаками после запятой)	9		0.20		

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю:

18.01.2019

(Подпись)

(Дата)