Приложение № 1
к приказу Фонда социального страхования Российской Федерации
от 26 сентября 2016 г. № 381
(в ред. приказа Фонда от 07.06.2017 № 275)

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 7 0 0 3 8 5 5 — 0 0 1

Код подчиненности: 5 0 1 7 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: (000 - исходная, 001 - номер корректировки)

Отчетный период (код): 0 1 / (03 - 1 кв; 06 - полугодие; 09 - 9 месяцев; 12 - год/при обращении за выделением средств на выплату страхового обеспечения)

Календарный год: 2019

Прекращение

ТСН "Чайка"

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

ИНН: 0 0 5 0 7 2 7 1 2 2 2 6

КПП: 5 0 7 2 0 1 0 0 1

ОГРН (ОГРНИП): 0 0 1 0 2 5 0 0 7 3 8 9 9 3 4

Номер контактного телефона:

Код по ОКВЭД: 01.1

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

Адрес регистрации

почтовый индекс: 140500

субъект: Московская область

район:

город: Луховицы

улица: Территория СНТ Чайка

дом: 55 корпус (строение): квартира (офис):

Среднесписочная численность работников: 1

Численность работающих инвалидов: 0

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

Расчет представлен на 006 стр.

с приложением подтверждающих документов или их копий на листах

Достоверность и полноту сведений, указанных в настоящем расчете, подтверждаю

1 - страхователь
2 - представитель страхователя
3 - правопреемник

Адамов Алексей Валерьевич

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

Подпись Дата 22.04.2019

М.П.

Документ, подтверждающий полномочия представителя

Заполняется работником территориального органа Фонда
Сведения о представлении расчета

Данный расчет представлен (код) 01

с приложением подтверждающих документов или их копий на листах

ГУ МОРО ФСС РФ
ФИЛИАЛ №17
ПРИНЯТО
ГЛ. СПЕЦИАЛИСТ ДЕВЯШОВА И.И.

Дата представления расчета**

22 АПР 2019

(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