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 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 9 / [ ][ ]
(03 - 1 кв; 06 - полугодие; 09 - 9 месяцев; 12 - год/при обращении за выделением средств на выплату страхового обеспечения)

Календарный год 2 0 2 0

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 6 0

Код по ОКВЭД 0 1 . 1 [ ] . [ ][ ]

КПП 5 0 7 2 0 1 0 0 1

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

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

Номер контактного телефона [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Адрес регистрации
почтовый индекс: 140551
субъект: Московская область
район:
город: Луховицкий
улица: территория СНТ "Чайка"
дом: 55 корпус (строение): квартира (офис):

Среднесписочная численность работников: 1
Численность работающих инвалидов: 0
Численность работников, занятых на:

Расчет представлен на 0 0 6 стр.
с приложением подтверждающих документов или их копий на [ ][ ][ ] листах

Достоверность и полноту сведений, указанных в настоящем расчете, подтверждаю

1 — 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: [signature] Дата: [ ][ ] . 1 0 . 2 0 2 0

Документ, подтверждающий полномочия представителя:

Заполняется работником территориального органа Фонда
Сведения о представлении расчета

Данный расчет представлен (код) [ ][ ]

ГУ МРО ФСС РФ ФИЛИАЛ № 17 ПРИНЯТО ГЛ. СПЕЦИАЛИСТ ДЕВЯШОВА ИИ

с приложением подтверждающих документов или их копий на [ ][ ][ ] листах

Дата представления расчета** 20 ОКТ 2020

(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