

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
сторнователя

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

Код подчиненности

7	7	1	5	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
---	---	---

(000 - исходная, 001 - номер корректировки)

Отчетный период (код)

0	3
---	---

 /

-	-
---	---

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

Календарный год

2	0	1	8
---	---	---	---

Прекращение
деятельности



ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "МОСМЕБЕЛЬ"

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

ИНН

0	0	7	7	3	6	8	6	1	9	3	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Код по ОКВЭД

4	6
---	---

 .

4	7
---	---

 .

-	-
---	---

КПП

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

Бюджетная организация:

ОГРН (ОГРНП)

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

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

Номер контактного
телефона

8	4	9	5	3	2	3	6	2	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

почтовый индекс

125047

Адрес регистрации

субъект

РОССИЯ, Г. МОСКВА

район

-

город

-

улица

ЧАЯНОВА УЛ

дом

7

корпус (строение)

-

квартира (офис)

0	0	4
---	---	---

 стр.

Среднесписочная численность работников

4	7				
---	---	--	--	--	--

Расчет представлен на

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**

**Заполняется работником территориального органа Фонда
Сведения о представлении расчета**

- 1 - страхователь
2 - представитель страхователя
3 - правопреемник

Данный расчет представлен

(код)

--	--

ЛИМАНОВ ЕГОР ПАВЛОВИЧ

с приложением подтверждающих
документов или их копий на

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

Подпись Лиманов Дата

2	5
---	---

 .

0	4
---	---

 .

2	0	1	8
---	---	---	---

М.П.

Документ, подтверждающий полномочия представителя

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

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

стр. 0 0 2

Код подчиненности

7	7	1	5	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	11623708.72	3726067.29	3963479.07	3934162.36
Суммы, не подлежащие обложению страховыми взносами в соответствии со статьей 20.2 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ	2	-	-	-	-
Итого база для начисления страховых взносов (стр. 1 - стр. 2)	3	11623708.72	3726067.29	3963479.07	3934162.36
из них: сумма выплат в пользу работающих инвалидов	4	-	-	-	-
Размер страхового тарифа в соответствии с классом профессионального риска (%)	5		0.2		
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		0.20		

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

Лиманов

(Подпись)

25.04.2018

(Дата)

Регистрационный номер
страхователя

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

стр. 0 0 3

Код подчиненности

7	7	1	5	1
---	---	---	---	---

**РАСЧЕТЫ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ СОЦИАЛЬНОМУ СТРАХОВАНИЮ ОТ НЕСЧАСТНЫХ СЛУЧАЕВ
НА ПРОИЗВОДСТВЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

(руб. коп.)

Наименование показателя	Код строки	Сумма	Наименование показателя	Код строки	Сумма
1	2	3	1	2	3
Задолженность за страхователем на начало расчетного периода	1	8017.11	Задолженность за территориальным органом Фонда на начало расчетного периода	12	-
Задолженность за реорганизованным страхователем и (или) снятым с учета обособленным подразделением юридического лица	1.1		в том числе за счет превышения расходов	13	-
Начислено к уплате страховых взносов	2	23247.41	за счет переплаты страховых взносов	14	-
на начало отчетного периода	-		Задолженность за территориальным органом Фонда страхователю и (или) снятому с учета обособленному подразделению юридического лица	14.1	-
за последние три месяца отчетного периода	23247.41		Расходы по обязательному социальному страхованию	15	-
1 месяц	7452.13		на начало отчетного периода	0.00	
2 месяц	7926.96		за последние три месяца отчетного периода	-	
3 месяц	7868.32		1 месяц	-	
Начислено взносов по результатам проверок	3	-	2 месяц	-	
Не принято к зачету расходов территориальным органом Фонда за прошлые расчетные периоды	4	-	3 месяц	-	
Начислено взносов страхователем за прошлые расчетные периоды	5	-	Уплачено страховых взносов	16	23396.20
Получено от территориального органа Фонда на банковский счет	6	-	на начало отчетного периода	-	
Возврат (зачет) сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов	7	-	в последние три месяца отчетного периода (дата, № платежного поручения)	23396.20	
Всего (сумма строк 1 + 1.1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7)	8	31264.52	15.01.2018 16	8017.11	
Задолженность за территориальным органом Фонда на конец отчетного (расчетного) периода	9	0.00	15.02.2018 189	7452.13	
в том числе:	10	-	15.03.2018 296	7926.96	
за счет превышения расходов	11	-	Списанная сумма задолженности страхователя	17	-
за счет переплаты страховых взносов			Всего (сумма строк 12 + 14.1 + 15 + 16 + 17)	18	23396.20
			Задолженность за страхователем на конец отчетного (расчетного) периода	19	7868.32
			в том числе: недоимка	20	-

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

Лиманов

(Подпись)

25.04.2018

(Дата)

Регистрационный
номер страхователя

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

Код подчиненности

7	7	1	5	1
---	---	---	---	---

стр. 0 0 4

Таблица 5

**СВЕДЕНИЯ О РЕЗУЛЬТАТАХ ПРОВЕДЕННОЙ СПЕЦИАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ УСЛОВИЙ ТРУДА
(РЕЗУЛЬТАТАХ АТТЕСТАЦИИ РАБОЧИХ МЕСТ ПО УСЛОВИЯМ ТРУДА)* И ПРОВЕДЕНИХ
ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ И ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ
РАБОТНИКОВ НА НАЧАЛО ГОДА**

Наименование показателя	Код строки	Общее количество рабочих мест страхователя	Количество рабочих мест, в отношении условий труда на которых проведена специальная оценка условий труда на начало года			Общее число работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, подлежащих обязательным предварительным и периодическим медицинским осмотрам (чел.)	Количество работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами, прошедших обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры на начало года (чел.)		
			всего	в том числе отнесенных к вредным и опасным условиям труда					
				3 класс	4 класс				
1	2	3	4	5	6	7	8		
Проведение специальной оценки условий труда (аттестации рабочих мест по условиям труда)*	1	-	-	-	-	X	X		
Проведение обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников	2	X	X	X	X	-	-		

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

Лиманов

(Подпись)

25.04.2018

(Дата)

* В соответствии со статьей 27 Федерального закона от 28 декабря 2013 г. № 426-ФЗ "О специальной оценке условий труда" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 52, ст. 6991; 2014, № 26, ст. 3366; 2015, № 29, ст. 4342; 2016, № 18, ст. 2512).