

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

Код подчиненности

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

Календарный год
Прекращение деятельности

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ "АТЛАНТИКА-М"

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

ИНН

Код по ОКВЭД . .

КПП

Бюджетная организация:

ОГРН (ОГРНИП)

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

Номер контактного телефона

почтовый индекс Адрес регистрации

субъект
район
город
улица
дом корпус (строение) квартира (офис)

Среднесписочная численность работников

Расчет представлен на 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 - страхователь
2 - представитель страхователя
3 - правопреемник

СУРГАНОВ ИВАН СЕРГЕЕВИЧ

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

Подпись Сурганов Дата . .
М.П.

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

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	31967161.80	3913192.61	3249460.77	3687318.02
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	31967161.80	3913192.61	3249460.77	3687318.02
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

Сурганов

(Подпись)

12.01.2018

(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

Таблица 2

**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	5927.56	Задолженность за территориальным органом Фонда на начало расчетного периода	12	-
			в том числе		
			за счет превышения расходов	13	-
			за счет переплаты страховых взносов	14	-
Задолженность за реорганизованным страхователем и (или) снятым с учета обособленным подразделением юридического лица	1.1		Задолженность за территориальным органом Фонда страхователю и (или) снятому с учета обособленному подразделению юридического лица	14.1	-
Начислено к уплате страховых взносов	2	63934.32	Расходы по обязательному социальному страхованию	15	-
на начало отчетного периода	42234.37		на начало отчетного периода	0.00	
за последние три месяца отчетного периода	21699.95		за последние три месяца отчетного периода	-	
1 месяц	7826.39		1 месяц	-	
2 месяц	6498.92		2 месяц	-	
3 месяц	7374.64		3 месяц	-	
Начислено взносов по результатам проверок	3	-	Уплачено страховых взносов	16	62487.24
Не принято к зачету расходов территориальным органом Фонда за прошлые расчетные периоды	4	-	на начало отчетного периода	40227.69	
Начислено взносов страхователем за прошлые расчетные периоды	5	-	в последние три месяца отчетного периода (дата, № платежного поручения)	22259.55	
Получено от территориального органа Фонда на банковский счет	6	-	14.07.2017	7934.24	
Возврат (зачет) сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов	7	-	10.08.2017	7826.39	
Всего (сумма строк 1 + 1.1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7)	8	69861.88	08.09.2017	6498.92	
Задолженность за территориальным органом Фонда на конец отчетного (расчетного) периода	9	0.00	Списанная сумма задолженности страхователя	17	-
в том числе			Всего (сумма строк 12 + 14.1 + 15 + 16 + 17)	18	62487.24
за счет превышения расходов	10	-	Задолженность за страхователем на конец отчетного (расчетного) периода	19	7374.64
за счет переплаты страховых взносов	11	-	в том числе:	20	-
			недоимка		

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

Сурганов

(Подпись)

12.01.2018

(Дата)

Регистрационный
номер страхователя

7 7 1 5 0 3 7 6 2 1

стр. 0 0 4

Код подчиненности

7 7 1 5 1

Таблица 5

**СВЕДЕНИЯ О РЕЗУЛЬТАТАХ ПРОВЕДЕННОЙ СПЕЦИАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ УСЛОВИЙ ТРУДА
(РЕЗУЛЬТАТАХ АТТЕСТАЦИИ РАБОЧИХ МЕСТ ПО УСЛОВИЯМ ТРУДА)* И ПРОВЕДЕННЫХ
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

Сурганов

(Подпись)

12.01.2018

(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).