

Форма 4-ФСС

Регистрационный номер
страхователя

1 3 2 8 0 0 3 2 9 1

стр. 0 0 1

Код подчиненности

1 3 0 0 1

РАСЧЕТ
по начисленным и уплаченным страховым взносам
на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и
профессиональных заболеваний

Номер корректировки

0 0 0

Расчетный (отчетный) период (код)

1 2

Календарный год

2 0 2 2

(000 - исходная, 001 - номер корректировки) (03 - 1 кв; 06 - полугодие; 09 - 9 месяцев; 12 - год)

Прекращение
деятельности

ООО ТК "ТЕПЛОПАНЕЛЬ"

(Полное или сокращенное (при наличии) наименование организации, обособленного подразделения/фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

ИНН

0 0 1 3 2 6 0 4 5 3 5 1

Код по ОКВЭД

4 6 . 1 3 . - -

КПП

1 3 2 6 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 1 3 0 1 1 1 8 1 4 5

Номер
контактного
телефона

8 8 3 4 2 2 7 0 8 6 5 - - - -

430005

Адрес регистрации

субъект

Мордовия Респ.

район

город

г. Саранск

улица

ул. Советская

дом

75

корпус (строение)

квартира (офис)

601

Численность физических лиц, в
пользу которых производятся
выплаты и иные вознаграждения

4 2 - - - -

Среднесписочная численность работников

1 5 - - - -

Численность работающих инвалидов

- - - - -

Расчет представлен на

3 - -

стр.

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

- - - - -

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

1

РОДЬКИН ДМИТРИЙ ГЕННАДЬЕВИЧ

(Фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации, индивидуального предпринимателя, физического лица, представителя страхователя)

Подпись

Дата

2 5 . 0 1 . 2 0 2 3

М.П.

Документ, подтверждающий полномочия представителя

**Заполняется работником территориального органа Фонда
социального страхования Российской Федерации
Сведения о представлении расчета**

Настоящий расчет представлен
(код)

с приложением подтверждающих
документов или их копий на

листах

Дата представления
расчета

(Фамилия, имя, отчество (при
наличии))

(Подпись)

Регистрационный номер
страхователя

1 3 2 8 0 0 3 2 9 1

стр.

0 0 2

Код подчиненности

1 3 0 0 1

Таблица 1

РАСЧЕТ СУММ 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
Сумма выплат и иных вознаграждений, начисленных в пользу физических лиц в соответствии со статьей 20 ¹ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний"	1	6 211 089.78	693 155.33	812 971.97	702 035.44
Сумма, не подлежащая обложению страховыми взносами в соответствии со статьей 20 ² Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний"	2	66 894.28	-	40 000.00	4 725.62
База для начисления страховых взносов (стр. 1 - стр. 2)	3	6 144 195.50	693 155.33	772 971.97	697 309.82
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	-			
Размер страхового тарифа с учетом скидки (надбавки) (%) (заполняется с тремя десятичными знаками после запятой)*	8	0.200			
Исчислено страховых взносов	9	12 288.34	1 386.30	1 545.93	1 394.60

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

25.01.2023

(Подпись)

(Дата)

СВЕДЕНИЯ О РЕЗУЛЬТАТАХ ПРОВЕДЕННОЙ СПЕЦИАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ УСЛОВИЙ ТРУДА И ПРОВЕДЕННЫХ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ И ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРАХ 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								Общая численность работников, подлежащих обязательным предварительным и периодическим медицинским осмотрам (чел.)	Численность работников, прошедших обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (чел.)
			всего	в том числе отнесенных к классам (подклассам) условий труда								
				1 класс	2 класс	3 класс				4 класс		
1	2	3	4	5	6	3.1	3.2	3.3	3.4		11	12
Проведение специальной оценки условий труда	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	X
Проведение обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников	2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	-

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

25.01.2023

(Подпись)

(Дата)