

Форма по КНД 1166007

место штампа
налогового органа

ООО ГЛАВБУХ, 3906040008/390601001

(реквизиты налогоплательщика
(представителя):
- полное наименование
организации, ИНН/КПП;
- Ф.И.О. индивидуального
предпринимателя (физического
лица), ИНН (при наличии))

**Извещение о вводе сведений, указанных в налоговой декларации (расчете)
в электронной форме**

Налоговый орган 3906 настоящим документом подтверждает, что
(код налогового органа)

ООО "СК-КАЛИНИНГРАД", 3906974086/390601001

(полное наименование организации, ИНН/КПП; ФИО индивидуального предпринимателя (физического лица), ИНН (при наличии))

в налоговой декларации (расчете)

Расчет по страховым взносам 1151111, первичный, 21, 2019 год

(наименование и КНД налоговой декларации, вид документа (номер корректировки), отчетный (налоговый) период, отчетный год)

представленной в файле

NO_RASCHSV_3906_3906_3906040008390601001_20190419_38DEBB9A-D452-42D8-8F3B-9EF560BC2CB1

(наименование файла)

не содержится ошибок (противоречий).

МИФНС №9 по г.Калининграду, 3906

(наименование, код налогового органа)

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 9 | 0 | 0 | 1 | 0 | 5 | 9 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Код подчиненности

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 3 | 9 | 0 | 0 | 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 |
|---|---|---|

 Отчетный период (код)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 3 | / | - | - |
|---|---|---|---|---|

 Календарный год

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | 0 | 1 | 9 |
|---|---|---|---|

(000 - исходная, 001 - номер корректировки) (03 - 1 кв; 06 - полугодие; 09 - 9 месяцев; 12 - год/при обращении за выделением средств на выплату страхового обеспечения) Прекращение деятельности

| |
|--|
| |
|--|

Общество с Ограниченной Ответственностью "СК-Калининград"
(Полное наименование организации, обособленного подразделения/Ф.И.О. (последнее при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

ИНН

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 3 | 9 | 0 | 6 | 9 | 7 | 4 | 0 | 8 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Код по ОКВЭД

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | 8 | . | 1 | 0 | . | 2 | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

КПП

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 9 | 0 | 6 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

 Бюджетная организация:

| |
|---|
| - |
|---|

ОГРН (ОГРНИП)

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0 | 1 | 1 | 5 | 3 | 9 | 2 | 6 | 0 | 3 | 4 | 0 | 4 | 1 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

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

Номер контактного телефона

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 7 | 0 | 0 | 3 | 5 | - | - | - | - | - | - | - | - | - |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

почтовый индекс 236023 Адрес регистрации
субъект Калининградская обл
район
город Калининград г
улица Советский пр-кт
дом 75 корпус (строение) квартира (офис) 18

Среднесписочная численность работников

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | - | - | - | - | - |
|---|---|---|---|---|---|

 Расчет представлен на

| | | |
|---|---|---|
| 4 | - | - |
|---|---|---|

 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

| |
|---|
| 1 |
|---|

Шестаков Александр Вячеславович
(Ф.И.О. (последнее при наличии) руководителя организации, индивидуального предпринимателя, физического лица, представителя страхователя)
Подпись _____ Дата

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | . | 0 | 4 | . | 2 | 0 | 1 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

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**

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
| | | . | | | . | | | | |
|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|

М.П. _____ (Подпись) _____
(Ф.И.О.(последнее при наличии))



* 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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 9 | 0 | 0 | 1 | 0 | 5 | 9 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

стр.

| | | |
|---|---|---|
| 0 | 0 | 2 |
|---|---|---|

Код подчиненности

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 3 | 9 | 0 | 0 | 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 | | |
|--|------------|-----------------------------------|---|---------|------|
| | | | январь | февраль | март |
| 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 | - | - | - | - |
| 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 | - | - | - | - |
| из них: сумма выплат в пользу работающих инвалидов | 4 | - | - | - | - |
| Размер страхового тарифа в соответствии с классом профессионального риска (%) | 5 | 1.2 | | | |
| 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 | 1.20 | | | |

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю



(Подпись)

12.04.2019

(Дата)

Регистрационный номер
страхователя

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 9 | 0 | 0 | 1 | 0 | 5 | 9 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

стр.

| | | |
|---|---|---|
| 0 | 0 | 3 |
|---|---|---|

Код подчиненности

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 3 | 9 | 0 | 0 | 1 |
|---|---|---|---|---|

Таблица 2

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

(руб.коп.)

| Наименование показателя | Код строки | Сумма |
|--|------------|-------|
| 1 | 2 | 3 |
| Задолженность за страхователем на начало расчетного периода | 1 | - |
| Задолженность за реорганизованным страхователем и (или) снятым с учета обособленным подразделением юридического лица | 1.1 | - |
| Начислено к уплате страховых взносов | 2 | - |
| на начало отчетного периода | - | - |
| за последние три месяца отчетного периода | - | - |
| январь | - | - |
| февраль | - | - |
| март | - | - |
| Начислено взносов по результатам проверок | 3 | - |
| Не принято к зачету расходов территориальным органом Фонда за прошлые расчетные периоды | 4 | - |
| Начислено взносов страхователем за прошлые расчетные периоды | 5 | - |
| Получено от территориального органа Фонда на банковский счет | 6 | - |
| Возврат (зачет) сумм излишне уплаченных (взысканных) страховых взносов | 7 | - |
| Всего (сумма строк 1 + 1.1 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7) | 8 | - |
| Задолженность за территориальным органом Фонда на конец отчетного (расчетного) периода | 9 | - |
| в том числе: | | |
| за счет превышения расходов | 10 | - |
| за счет переплаты страховых взносов | 11 | - |

| Наименование показателя | Код строки | Сумма |
|---|------------|-------|
| 1 | 2 | 3 |
| 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 территориальным органом Фонда страхователю и (или) снятому с учета обособленному подразделению юридического лица | 14.1 | - |
| Расходы по обязательному социальному страхованию | 15 | - |
| на начало отчетного периода | - | - |
| за последние три месяца отчетного периода | - | - |
| январь | - | - |
| февраль | - | - |
| март | - | - |
| Уплачено страховых взносов | 16 | - |
| на начало отчетного периода | - | - |
| за последние три месяца отчетного периода (дата, № платежного поручения) | - | - |
| - | - | - |
| Списанная сумма задолженности страхователя | 17 | - |
| Всего (сумма строк 12 + 14.1 + 15 + 16 + 17) | 18 | - |
| Задолженность за страхователем на конец отчетного (расчетного) периода | 19 | - |
| в том числе: | | |
| недоимка | 20 | - |

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

(Подпись)

12.04.2019

(Дата)

Регистрационный номер
страхователя

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | 9 | 0 | 0 | 1 | 0 | 5 | 9 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

стр.

| | | |
|---|---|---|
| 0 | 0 | 4 |
|---|---|---|

Код подчиненности

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 3 | 9 | 0 | 0 | 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 | - | 0 | 0 | 0 | X | X |
| Проведение обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников | 2 | X | X | X | X | - | - |

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю


(Подпись)

12.04.2019

(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).



ИНН 3 9 0 6 9 7 4 0 8 6 - -

КПП 3 9 0 6 0 1 0 0 1 Стр. 0 0 2

Фамилия _____ И. _____ О. _____

Раздел 1. Сводные данные об обязательствах плательщика страховых взносов

Код по ОКТМО 010 2 7 7 0 1 0 0 0 - - -

Сумма страховых взносов на обязательное пенсионное страхование, подлежащая уплате за расчетный (отчетный) период

Код бюджетной классификации 020 1 8 2 1 0 2 0 2 0 1 0 0 6 1 0 1 0 1 6 0

Сумма страховых взносов, подлежащая уплате за расчетный (отчетный) период 030 0 - - - - - - - - - . 0 0

в том числе за последние три месяца расчетного (отчетного) периода:

за первый месяц 031 0 - - - - - - - - - . 0 0

за второй месяц 032 0 - - - - - - - - - . 0 0

за третий месяц 033 0 - - - - - - - - - . 0 0

Сумма страховых взносов на обязательное медицинское страхование, подлежащая уплате за расчетный (отчетный) период

Код бюджетной классификации 040 1 8 2 1 0 2 0 2 1 0 1 0 8 1 0 1 3 1 6 0

Сумма страховых взносов, подлежащая уплате за расчетный (отчетный) период 050 0 - - - - - - - - - . 0 0

в том числе за последние три месяца расчетного (отчетного) периода:

за первый месяц 051 0 - - - - - - - - - . 0 0

за второй месяц 052 0 - - - - - - - - - . 0 0

за третий месяц 053 0 - - - - - - - - - . 0 0

Сумма страховых взносов на обязательное пенсионное страхование по дополнительному тарифу, подлежащая уплате за расчетный (отчетный) период

Код бюджетной классификации 060 -

Сумма страховых взносов, подлежащая уплате за расчетный (отчетный) период 070 -

в том числе за последние три месяца расчетного (отчетного) периода:

за первый месяц 071 -

за второй месяц 072 -

за третий месяц 073 -

Сумма страховых взносов на дополнительное социальное обеспечение, подлежащая уплате за расчетный (отчетный) период

Код бюджетной классификации 080 -

Сумма страховых взносов, подлежащая уплате за расчетный (отчетный) период 090 -

в том числе за последние три месяца расчетного (отчетного) периода:

за первый месяц 091 -

за второй месяц 092 -

за третий месяц 093 -

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю:

(подпись)

19.04.2019

(дата)



ИНН 3 9 0 6 9 7 4 0 8 6 - -

КПП 3 9 0 6 0 1 0 0 1 Стр. 0 0 3

Фамилия _____ И. _____ О. _____

Код бюджетной классификации 100 1 8 2 1 0 2 0 2 0 9 0 0 7 1 0 1 0 1 6 0

Сумма страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, подлежащая уплате за расчетный (отчетный) период

Сумма страховых взносов, подлежащая уплате за расчетный (отчетный) период 110 0 - - - - - - - - . 0 0

в том числе за последние три месяца расчетного (отчетного) периода:

за первый месяц 111 0 - - - - - - - - . 0 0

за второй месяц 112 0 - - - - - - - - . 0 0

за третий месяц 113 0 - - - - - - - - . 0 0

Сумма превышения произведенных плательщиком расходов на выплату страхового обеспечения над исчисленными страховыми взносами на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством за расчетный (отчетный) период

Сумма превышения расходов над исчисленными страховыми взносами за расчетный (отчетный) период 120 0 - - - - - - - - . 0 0

в том числе за последние три месяца расчетного (отчетного) периода:

за первый месяц 121 0 - - - - - - - - . 0 0

за второй месяц 122 0 - - - - - - - - . 0 0

за третий месяц 123 0 - - - - - - - - . 0 0

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю:

(подпись)

19.04.2019

(дата)



ИНН 3 9 0 6 9 7 4 0 8 6 - -

КПП 3 9 0 6 0 1 0 0 1 Стр. 0 0 4

Фамилия _____ И. _____ О. _____

Приложение 1 Расчет сумм страховых взносов на обязательное пенсионное и медицинское страхование к разделу 1

Код тарифа плательщика 001 0 1

Подраздел 1.1 Расчет сумм взносов на обязательное пенсионное страхование

Всего с начала расчетного периода **1** в том числе за последние три месяца расчетного (отчетного) периода: **2** **3** **4** **5**

всего 1 месяц 2 месяц 3 месяц

Количество застрахованных лиц, всего (чел.) 010

| | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 0 - - - - | 0 - - - - | 0 - - - - | 0 - - - - | 0 - - - - |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|

Количество физических лиц, с выплат которым начислены страховые взносы, всего (чел.) 020

| | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 0 - - - - | 0 - - - - | 0 - - - - | 0 - - - - | 0 - - - - |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|

в том числе в размере превышающем предельную величину базы для начисления страховых взносов на обязательное пенсионное страхование (чел.) 021

| | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 0 - - - - | 0 - - - - | 0 - - - - | 0 - - - - | 0 - - - - |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|

Всего с начала расчетного периода/
1 месяц *
1/3

Всего */
2 месяц *
2/4

3 месяц *
5

Сумма выплат и иных вознаграждений, исчисленных в пользу физических лиц 030

| | | | |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 |
| 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 |

Сумма, не подлежащая обложению страховыми взносами 040

| | | | |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 |
| 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 |

База для исчисления страховых взносов 050

| | | | |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 |
| 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 |

в том числе: в размере, превышающем предельную величину базы для исчисления страховых взносов на обязательное пенсионное страхование 051

| | | | |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 |
| 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 |

Исчислено страховых взносов 060

| | | | |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 |
| 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 |

в том числе: с базы, не превышающей предельную величину базы для исчисления страховых взносов на обязательное пенсионное страхование 061

| | | | |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 |
| 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 |

с базы, превышающей предельную величину базы для исчисления страховых взносов на обязательное пенсионное страхование 062

| | | | |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 |
| 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 |

* в том числе за последние три месяца расчетного (отчетного) периода



ИНН 3 9 0 6 9 7 4 0 8 6 - -

КПП 3 9 0 6 0 1 0 0 1 Стр. 0 0 5

Фамилия _____ И. _____ О. _____

Подраздел 1.2 Расчет сумм взносов на обязательное медицинское страхование

Всего с начала расчетного периода **1** в том числе за последние три месяца расчетного (отчетного) периода: **всего 2** **1 месяц 3** **2 месяц 4** **3 месяц 5**

Количество застрахованных лиц, всего (чел.) 010

| | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 0 - - - - | 0 - - - - | 0 - - - - | 0 - - - - | 0 - - - - |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|

Количество физических лиц, с выплат которым начислены страховые взносы, всего (чел.) 020

| | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 0 - - - - | 0 - - - - | 0 - - - - | 0 - - - - | 0 - - - - |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|

| | | |
|--|------------------------------|----------------|
| Всего с начала расчетного периода/ 1 месяц * 1/3 | Всего */ 2 месяц * 2/4 | 3 месяц * 5 |
|--|------------------------------|----------------|

Сумма выплат и иных вознаграждений, начисленных в пользу физических лиц 030

| | | | |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 |
| 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 |

Сумма, не подлежащая обложению страховыми взносами 040

| | | | |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 |
| 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 |

База для исчисления страховых взносов 050

| | | | |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 |
| 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 |

Исчислено страховых взносов 060

| | | | |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 |
| 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 | 0 - - - - - - - - - . 0 0 |

* в том числе за последние три месяца расчетного (отчетного) периода



ИНН 3 9 0 6 9 7 4 0 8 6 - -

КПП 3 9 0 6 0 1 0 0 1 Стр. 0 0 6

Фамилия _____ И. _____ О. _____

Приложение 2 Расчет сумм страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством к разделу 1Признак выплат 001 1 1 - прямые выплаты;
2 - зачетная система.Всего с начала расчетного периода в том числе за последние три месяца расчетного (отчетного) периода:
расчетного периода всего 1 месяц 2 месяц 3 месяц
1 2 3 4 5

Количество застрахованных лиц, всего (чел.) 010

0 - - - - 0 - - - - 0 - - - - 0 - - - - 0 - - - -

Всего с начала расчетного периода/

Всего */

1 месяц *

2 месяц *

3 месяц *

1/3

2/4

5

Сумма выплат и иных вознаграждений, исчисленных в пользу физических лиц 020

0 - - - - - - - - - . 0 0 0 - - - - - - - - - . 0 0 0 - - - - - - - - - - - - - - - . 0 0 0

Сумма, не подлежащая обложению страховыми взносами 030

0 - - - - - - - - - . 0 0 0 - - - - - - - - - - - - - - - . 0 0 0 0 - - - - - - - - - - - - - - - . 0 0 0

Сумма, превышающая предельную величину базы для исчисления страховых взносов 040

0 - - - - - - - - - . 0 0 0 - - - - - - - - - - - - - - - . 0 0 0 0 - - - - - - - - - - - - - - - . 0 0 0

База для исчисления страховых взносов 050

0 - - - - - - - - - . 0 0 0 0 - - - - - - - - - - - - - - - . 0 0 0 0 - - - - - - - - - - - - - - - . 0 0 0

сумма выплат и иных вознаграждений, производимых аптечными организациями и индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность, физическим лицам, которые в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" ** имеют право на занятие фармацевтической деятельностью или допущены к ее осуществлению 051

из них:

0 - - - - - - - - - . 0 0 0 0 - - - - - - - - - - - - - - - . 0 0 0 0 - - - - - - - - - - - - - - - . 0 0 0

сумма выплат и иных вознаграждений членам экипажей судов, зарегистрированных в Российском международном реестре судов, за исполнение трудовых обязанностей члена экипажа судна 052

0 - - - - - - - - - . 0 0 0 0 - - - - - - - - - - - - - - - . 0 0 0 0 - - - - - - - - - - - - - - - . 0 0 0

сумма выплат и иных вознаграждений, начисленных в пользу физических лиц, занятых в виде экономической деятельности, указанном в патенте за исключением индивидуальных предпринимателей, осуществляющих виды предпринимательской деятельности, указанные в подпунктах 19, 45 - 48 пункта 2 статьи 346.43 Налогового кодекса Российской Федерации 053

0 - - - - - - - - - . 0 0 0 0 - - - - - - - - - - - - - - - . 0 0 0 0 - - - - - - - - - - - - - - - . 0 0 0

сумма выплат и иных вознаграждений, начисленных в пользу иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих в Российской Федерации, кроме лиц, являющихся гражданами государств-членов Евразийского экономического союза 054

0 - - - - - - - - - . 0 0 0 0 - - - - - - - - - - - - - - - . 0 0 0 0 - - - - - - - - - - - - - - - . 0 0 0

* в том числе за последние три месяца расчетного (отчетного) периода

** Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2016, № 27, ст. 4219)



ИНН 3 9 0 6 9 7 4 0 8 6 - -

КПП 3 9 0 6 0 1 0 0 1 Стр. 0 0 7

Фамилия _____ И. _____ О. _____

Всего с начала расчетного периода/
1 месяц *
1/3

Всего */
2 месяц *
2/4

3 месяц *
5

Исчислено страховых взносов 060

0 - - - - - - - - - . 0 0
0 - - - - - - - - - . 0 0

0 - - - - - - - - - . 0 0
0 - - - - - - - - - . 0 0

0 - - - - - - - - - . 0 0

Произведено расходов на выплату страхового обеспечения 070

0 - - - - - - - - - . 0 0
0 - - - - - - - - - . 0 0

0 - - - - - - - - - . 0 0
0 - - - - - - - - - . 0 0

0 - - - - - - - - - . 0 0

Возмещено ФСС расходов на выплату страхового обеспечения 080

0 - - - - - - - - - . 0 0
0 - - - - - - - - - . 0 0

0 - - - - - - - - - . 0 0
0 - - - - - - - - - . 0 0

0 - - - - - - - - - . 0 0

Сумма страховых взносов, подлежащая уплате (сумма превышения произведенных расходов над исчисленными страховыми взносами) 090

Признак **
1/5/9
Всего с начала расчетного периода/
1 месяц *
3 месяц *
2/6/10

Признак **
3/7
Всего */
2 месяц *
4/8

1 0 - - - - - - - - - . 0 0

1 0 - - - - - - - - - . 0 0

1 0 - - - - - - - - - . 0 0

1 0 - - - - - - - - - . 0 0

1 0 - - - - - - - - - . 0 0

* в том числе за последние три месяца расчетного (отчетного) периода.

** указывается «1» в случае заполнения в отношении суммы страхового взноса, подлежащих к уплате в бюджет; указывается «2» в случае заполнения в отношении суммы превышения произведенных расходов над исчисленными страховыми взносами