

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
стр. 0 0 1

Регистрационный номер
страхователя 9 1 0 7 0 0 0 3 5 2
Код подчиненности 9 1 0 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 0 0 0 Отчетный период (код) 1 2 / - - Календарный год 2 0 1 7
(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 -

АО "АЭМСЗ"

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

ИНН 0 0 9 1 0 1 0 0 4 0 3 0

Код по ОКВЭД 2 0 . 4 2 . - -

КПП 9 1 0 1 0 1 0 0 1

Бюджетная организация:

ОГРН (ОГРНИП) 0 0 1 1 4 9 1 0 2 1 0 7 8 6 8

1 - Федеральный бюджет

Номер контактного
телефона 5 7 9 7 3

2 - Бюджет субъекта Российской Федерации

3 - Бюджет муниципального образования

4 - Смешанное финансирование

почтовый индекс
298500

Адрес регистрации

субъект Россия, респ. Крым

район -

город АЛУШТА Г

улица 15 АПРЕЛЯ УЛ

дом 37 корпус (строение) - квартира (офис) -

Среднесписочная численность
работников 4 9

Расчет представлен на 0 0 4 стр.

Численность работающих инвалидов 1

с приложением подтверждающих
документов или их копий на - - - листах

Численность работников, занятых на
работах с вредными и (или) опасными
производственными факторами 4

**Достоверность и полноту сведений, указанных
в настоящем расчете, подтверждаю:**

1 - страхователь
2 - представитель страхователя
3 - правопреемник

ГАВРИЛЮК АЛЕКСАНДР ИВАНОВИЧ

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

Подпись _____ Дата 1 5 . 0 1 . 2 0 1 8
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

9 1 0 7 0 0 0 3 5 2

стр. 0 0 2

Код подчиненности

9 1 0 7 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	11925278.80	1062069.05	868666.05	838203.74
Суммы, не подлежащие обложению страховыми взносами в соответствии со статьей 20.2 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ	2	44623.33	7160.40	3908.79	2168.13
Итого база для начисления страховых взносов (стр. 1 - стр. 2)	3	11880655.47	1054908.65	864757.26	836035.61
из них: сумма выплат в пользу работающих инвалидов	4	376079.12	12966.33	13431.19	13364.63
Размер страхового тарифа в соответствии с классом профессионального риска (%)	5	0.7			
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	0.70			

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

15.01.2018

(Подпись)

(Дата)

Регистрационный номер страхователя

9 1 0 7 0 0 0 3 5 2

стр. 0 0 3

Код подчиненности

9 1 0 7 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	82111.59
на начало отчетного периода	62933.01	
за последние три месяца отчетного периода	19178.58	
1 месяц	7348.06	
2 месяц	6015.69	
3 месяц	5814.83	
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	82111.59
Задолженность за территориальным органом Фонда на конец отчетного (расчетного) периода	9	191.77
в том числе	10	-
за счет превышения расходов		
за счет переплаты страховых взносов	11	191.77

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		-
1 месяц		-
2 месяц		-
3 месяц		-
Уплачено страховых взносов	16	82303.36
на начало отчетного периода	55008.92	
в последние три месяца отчетного периода (дата, № платежного поручения)	27294.44	
05.10.2017 552943	8115.86	
07.11.2017 553479	7348.06	
05.12.2017 553696	6015.69	
29.12.2017 553893	5814.83	
Списанная сумма задолженности страхователя	17	-
Всего (сумма строк 12 + 14.1 + 15 + 16 + 17)	18	82303.36
Задолженность за страхователем на конец отчетного (расчетного) периода	19	0.00
в том числе:	20	-
недоимка		

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

15.01.2018

(Подпись)

(Дата)

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	88	58	-	-	X	X
Проведение обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников	2	X	X	X	X	7	-

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

15.01.2018

(Подпись)

(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).