

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) / Календарный год
(03 — 1 кв.; 06 — полугодие; 09 — 9 месяцев; 12 — год/при обращении за выделением средств на выплату страхового обеспечения) Прекращение деятельности

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

ИНН Код по ОКВЭД . .
КПП
ОГРН (ОГРНИП)
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 листах
Численность работников, занятых на документах или их копий 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

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

Подпись _____ Дата . .
М. П.

Документ, подтверждающий полномочия представителя

Заполняется работником территориального органа Фонда

Сведения о представлении расчета

Данный расчет представлен (код)

с приложением подтверждающих листах документов или их копий на

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

стр.

--	--	--

Код подчиненности

--	--	--	--	--

Таблица 1.1

**СВЕДЕНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ИСЧИСЛЕНИЯ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ СТРАХОВАТЕЛЯМИ, УКАЗАННЫМИ В ПУНКТЕ 2¹ СТАТЬИ 22
ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА ОТ 24 ИЮЛЯ 1998 г. № 125-ФЗ**

(руб. коп.)

№ п/п	Принимающая организация			Численность временно направленных работников	всего с начала расчетного периода	в т. ч. инвалиды	База для начисления страховых взносов						Размер страхового тарифа в соответствии с классом професси- онального риска (%)	Размер страхового тарифа с учетом скидки (надбавки) (%) (заполняется с двумя десятичными знаками после запятой)
	Регистрационный номер в территориальном оргane Фонда	ИНН	ОКВЭД				в том числе за последние три месяца отчетного периода							
							1 месяц		2 месяц		3 месяц			
							всего	в т. ч. инвалиды	всего	в т. ч. инвалиды	всего	в т. ч. инвалиды		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

(Подпись)

(Дата)

