

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

7	7	1	9	0	6	8	0	2	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Код подчиненности

7	7	1	9	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	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

--

ТОВАРИЩЕСТВО СОБСТВЕННИКОВ НЕДВИЖИМОСТИ "ТСЖ ПРОФСОЮЗНАЯ"
(Полное наименование организации, обособленного подразделения/Ф.И.О. (последнее при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

ИНН

0	0	7	7	2	7	2	9	7	6	9	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Код по ОКВЭД

6	8
---	---

 .

2	0
---	---

 .

-	-
---	---

КПП

7	7	2	7	0	1	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

ОГРН (ОГРНИП)

0	0	1	1	6	7	7	4	6	7	5	9	9	7	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Номер контактного
телефона

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

почтовый индекс 117218 Адрес регистрации
субъект г.Москва
район ул.Профсоюзная
город 15
улица
дом корпус (строение) квартира (офис)

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	Заполняется работником территориального органа Фонда Сведения о представлении расчета																							
1 - страхователь 2 - представитель страхователя 3 - правопреемник <table border="1"><tr><td>1</td></tr></table> Коновалов Сергей Анатольевич (Ф.И.О. (последнее при наличии) руководителя организации, индивидуального предпринимателя, физического лица, представителя страхователя) Подпись _____ Дата <table border="1"><tr><td>0</td><td>3</td></tr></table> . <table border="1"><tr><td>0</td><td>4</td></tr></table> . <table border="1"><tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>7</td></tr></table> М.П. _____ Документ, подтверждающий полномочия представителя <table border="1"><tr><td></td></tr></table>	1	0	3	0	4	2	0	1	7		Данный расчет представлен (код) <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> с приложением подтверждающих документов или их копий на <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> листах Дата представления расчета** <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> . <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> . <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> _____ (Ф.И.О.(последнее при наличии))													
1																								
0	3																							
0	4																							
2	0	1	7																					
	_____ (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	9	0	6	8	0	2	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

стр.

0	0	2
---	---	---

Код подчиненности

7	7	1	9	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	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

(Подпись)

03.04.2017

(Дата)

Регистрационный номер
страхователя

7	7	1	9	0	6	8	0	2	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

стр.

0	0	3
---	---	---

Код подчиненности

7	7	1	9	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	-
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 + 2 + 3 + 4 + 5 + 6 + 7)	8	-
Задолженность за территориальным органом Фонда на конец отчетного (расчетного) периода	9	-
в том числе:	10	-
за счет превышения расходов	11	-
за счет переплаты страховых взносов		

Наименование показателя	Код строки	Сумма
1	2	3
Задолженность за территориальным органом Фонда на начало расчетного периода	12	-
в том числе:	13	-
за счет превышения расходов	14	-
за счет переплаты страховых взносов		
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 + 15 + 16 + 17)	18	-
Задолженность за страхователем на конец отчетного (расчетного) периода	19	-
в том числе:	20	-
недоимка		

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

(Подпись)

03.04.2017

(Дата)

Регистрационный номер
страхователя

7	7	1	9	0	6	8	0	2	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

стр.

0	0	4
---	---	---

Код подчиненности

7	7	1	9	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 стро- ки	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 предваритель- ных и периодических медицинских осмотров работников	2	X	X	X	X	-	-

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

(Подпись)

03.04.2017

(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).