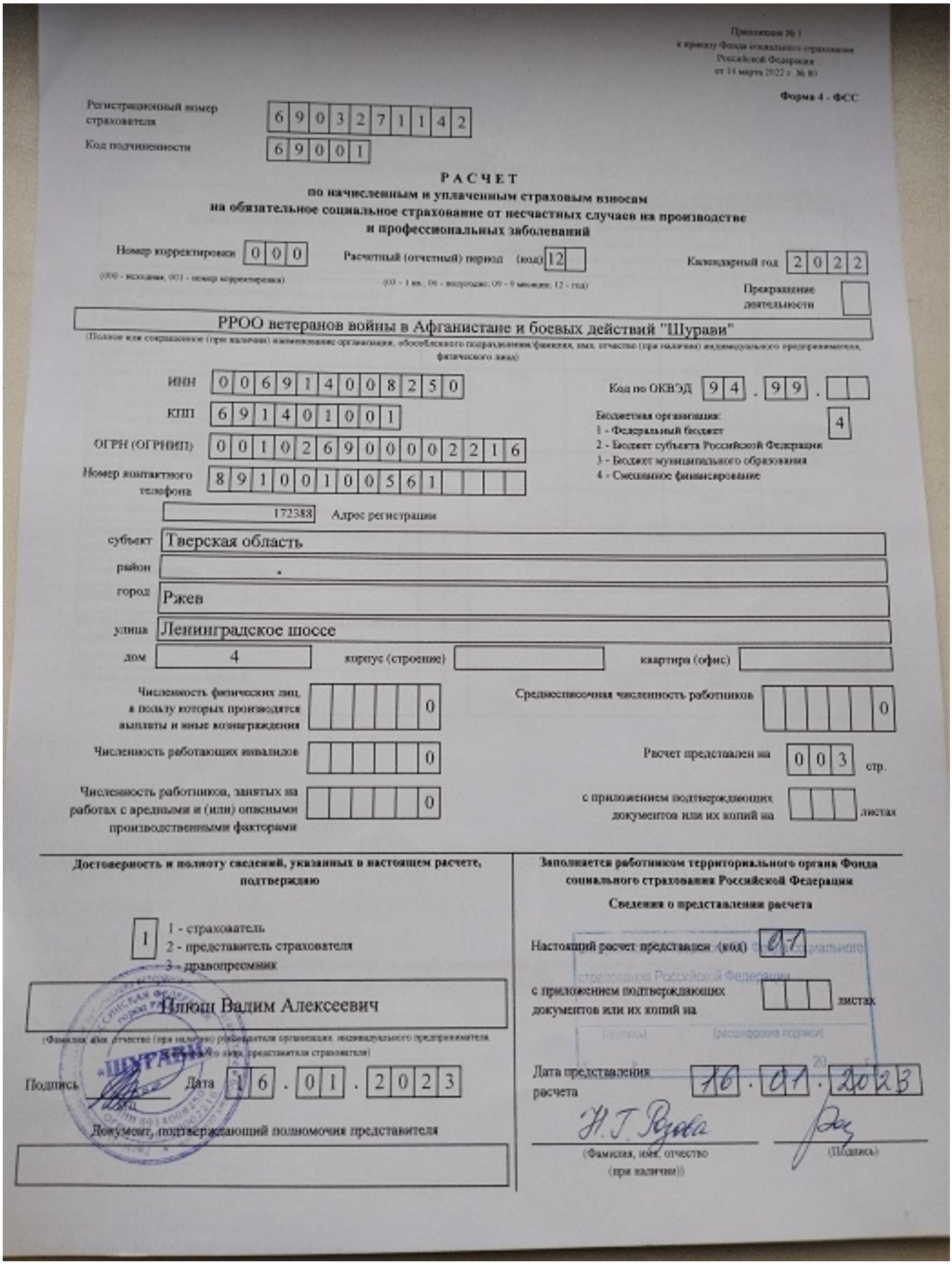
Подготовлен и сдан отчет в фонд социального страхования.

.



Приложение № 1
к приказу Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 14 марта 2022 г. № 80

**Форма 4 - ФСС**

Регистрационный номер страхователя: 6 9 0 3 2 7 1 1 4 2

Код подчиненности: 6 9 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 (000 - исходная, 001 - номер корректировки)

Расчетный (отчетный) период (код): 12 (03 - 1 кв., 06 - полугодие, 09 - 9 месяцев, 12 - год)

Календарный год: 2 0 2 2

Прекращение деятельности:

РРОО ветеранов войны в Афганистане и боевых действий "Шурави"
(Полное или сокращенное (при наличии) наименование организации, обособленного подразделения, фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

ИНН: 0 0 6 9 1 4 0 0 8 2 5 0

КПП: 6 9 1 4 0 1 0 0 1

ОГРН (ОГРНИП): 0 0 1 0 2 6 9 0 0 0 0 2 2 1 6

Номер контактного телефона: 8 9 1 0 0 1 0 0 5 6 1

Код по ОКВЭД: 94 . 99 .

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

172388 Адрес регистрации

субъект: Тверская область

район: .

город: Ржев

улица: Ленинградское шоссе

дом: 4 корпус (строение): квартира (офис):

Численность физических лиц, в пользу которых производятся выплаты и иные вознаграждения: 0

Среднесписочная численность работников: 0

Численность работающих инвалидов: 0

Расчет представлен на: 0 0 3 стр.

Численность работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами: 0

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

Плющ Вадим Алексеевич
(Фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации, индивидуального предпринимателя, иного лица, представителя страхователя)

Подпись: Дата: 16 . 01 . 2023

Документ, подтверждающий полномочия представителя:

**Заполняется работником территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации**

**Сведения о представлении расчета**

Настоящий расчет представлен (код): 01

с приложением подтверждающих документов или их копий на: листах

(подпись) (расшифровка подписи)

Дата представления расчета: 16 . 01 . 2023

Ж.Т. Рудова
(Фамилия, имя, отчество (при наличии))

(Подпись)