

Форма 4-ФСС

Регистрационный номер  
страхователя 3 5 0 0 5 2 4 2 7 0

Код подчиненности 3 5 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 Расчетный (отчетный) период (код) 1 2 Календарный год 2 0 2 2

(000 - исходная, 001 - номер корректировки) (03 - 1 кв; 06 - полугодие; 09 - 9 месяцев; 12 - год) Прекращение деятельности

**ВОЛОГОДСКАЯ РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ "ЦЕНТР ПОПУЛЯРИЗАЦИИ  
НАУЧНО-ТЕХНИЧЕСКОГО ТВОРЧЕСТВА В МОЛОДЕЖНОЙ СРЕДЕ "СОЗИДАНИЕ"**

(Полное или сокращенное (при наличии) наименование организации, обособленного подразделения/фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

ИНН 0 0 3 5 2 5 3 4 3 1 7 0

Код по ОКВЭД 9 4 . 9 9 .

КПП 3 5 2 5 0 1 0 0 1

Бюджетная организация:

1 - Федеральный бюджет

2 - Бюджет субъекта Российской Федерации

3 - Бюджет муниципального образования

4 - Смешанное финансирование

ОГРН (ОГРНИП) 0 0 1 1 5 3 5 0 0 0 0 0 2 7 9

Номер контактного  
телефона

160029 почтовый индекс Адрес регистрации

субъект Вологодская обл

район

город Вологда г

улица Машиностроительная ул

дом 19 корпус (строение) квартира (офис)

Численность физических лиц, в  
пользу которых производятся  
выплаты и иные вознаграждения 8

Среднесписочная численность работников 8

Численность работающих инвалидов

Расчет представлен на 0 0 4 стр.

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

с приложением подтверждающих  
документов или их копий на листах

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

1 1 - страхователь  
2 - представитель страхователя  
3 - правопреемник

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

**Сведения о представлении расчета**

Настоящий расчет представлен (код)

с приложением подтверждающих  
документов или их копий на листах

Дата представления  
расчета

Подпись Дата 2 5 . 0 1 . 2 0 2 3  
М. П.

Документ, подтверждающий полномочия представителя

(Фамилия, имя, отчество (при  
наличии))

(Подпись)

**ПЛАТЕЖИ (СВЕДЕНИЯ О ПЕРЕЧИСЛЕНИИ СТРАХОВЫХ  
ВЗНОСОВ)**

*Сведения представляются в электронном виде*

(руб. коп.)

№ п/п	Номер платежного поручения	Дата платежного поручения	Сумма платежа
1	2	3	4
1	339	20.12.2022	114,00
2	340	20.12.2022	114,00
3	357	27.12.2022	114,00

Таблица 1

РАСЧЕТ СУММ 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
Сумма выплат и иных вознаграждений, начисленных в пользу физических лиц в соответствии со статьей 20.1 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний"	1	1 963 000,00	242 000,00	242 000,00	242 000,00
Сумма, не подлежащая обложению страховыми взносами в соответствии со статьей 20.2 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний"	2	-	-	-	-
База для исчисления страховых взносов (стр. 1 - стр. 2)	3	1 963 000,00	242 000,00	242 000,00	242 000,00
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	-			
Размер страхового тарифа с учетом скидки (надбавки) (%) (заполняется с тремя десятичными знаками после запятой)	8	0,200			
Исчислено страховых взносов	9	3 926,00	484,00	484,00	484,00

Регистрационный  
номер страхователя

Код подчиненности

3	5	0	0	5	2	4	2	7	0
3	5	0	0	1					

стр. 0 0 4

Таблица 4

СВЕДЕНИЯ О РЕЗУЛЬТАТАХ ПРОВЕДЕННОЙ СПЕЦИАЛЬНОЙ ОЦЕНКИ УСЛОВИЙ ТРУДА И ПРОВЕДЕННЫХ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ  
ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ И ПЕРИОДИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРАХ РАБОТНИКОВ НА НАЧАЛО ГОДА

Наименование показателя	Код стро- ки	Общее количество рабочих мест страхователя	Количество рабочих мест, в отношении которых проведена специальная оценка условий труда								Общая численность работников, подлежащих обязательным предварительным и периодическим медицинским осмотрам (чел.)	Численность работников, прошедших обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (чел.)
			всего	в том числе отнесенных к классам (подклассам) условий труда								
				1 класс	2 класс	3 класс				4 класс		
						3.1	3.2	3.3	3.4			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Проведение специальной оценки условий труда	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	X	X
Проведение обязательных предваритель- ных и периодических медицинских осмотров работников	2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	-	-

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю

25.01.2023 г.

(Подпись)

(Дата)