

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 5 0 1 0 0 2 3 4 5 6

Код подчиненности 5 0 1 0 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 9 / Календарный год 2 0 2 1
(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

Общество с ограниченной ответственностью "Ренессанс"

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

ИНН 5 0 1 8 0 7 4 8 8 7 Код по ОКВЭД 5 8 . 3 2 . 1
КПП 5 0 1 8 0 1 0 0 1 Бюджетная организация:
ОГРН (ОГРНИП) 0 0 1 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 1 - Федеральный бюджет
Номер контактного телефона 9 0 9 6 2 3 6 5 8 9 2 - Бюджет субъекта Российской Федерации 3 - Бюджет муниципального образования 4 - Смешанное финансирование

141070 Адрес регистрации

субъект Московская область
район
город Королев
улица Ленина
дом 27 корпус (строение) квартира (офис) 3

Среднесписочная численность работников 5 Расчет представлен на 4 стр.
Численность работающих инвалидов 1 с приложением подтверждающих документов или их копий на 1 листах
Численность работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами

Достоверность и полноту сведений, указанных в настоящем расчете, подтверждаю

1 1 - страхователь
2 - представитель страхователя
3 - правопреемник

Голубев Олег Иванович

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

Подпись Голубев Дата 1 1 . 1 0 . 2 0 2 1
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