

Представляется на бумажном носителе не позднее 20-го числа календарного месяца,
следующего за отчетным периодом, в территориальный орган Фонда социального
страхования Российской Федерации.*

Регистрационный номер
страхователя

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

Код подчиненности

7	7	1	5	0					
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--

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
---	---	---

(000 - исходная, 001 - номер корректировки)

Отчетный период (код)

1	2	/	-	-
---	---	---	---	---

(03 - I кв.; 06 - полугодие; 09 - 9 месяцев; 12 - год/при обращении за
выделением средств на выплату страхового обеспечения)

Календарный год

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

Прекращение
деятельности

--

Общество с ограниченной ответственностью "Омега"

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

ИНН

7	7	1	5	2	3	4	5	6	7	-	-
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Код по ОКВЭД

4	6	.	4	3	.	-	-	-
---	---	---	---	---	---	---	---	---

КПП

7	7	4	6	0	0	0	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Бюджетная организация:

ОГРН (ОГРНП)

7	7	1	5	1	3	2	0	4	5	3	0	9	8	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

--

Номер контактного телефона

(4	9	5)	9	8	6	4	5	2	1	-	-	-
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

почтовый индекс Адрес регистрации

123015	
--------	--

субъект

Москва

район

город

улица

Строителей

дом

5

 корп/нс (строение)

25

 квартира (офис)

1258

Среднесписочная численность работников

-	-	-	-	-	5
---	---	---	---	---	---

Расчет представлен на

-	-	4
---	---	---

 стр.

Численность работающих инвалидов

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

с приложением подтверждающих
документов или их копий на

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

 листах

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

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

Достоверность и полноту сведений, указанных
в настоящем расчете, подтверждают

- 1 - страхователь
2 - представитель страхователя
3 - правопреемник

Заполняется работником территориального органа Фонда
Сведения о представлении расчета

Данный расчет представлен (кол)

--	--

с приложением подтверждающих
документов или их копий на

--	--	--

листах

Дата представления
расчета **

		.			.			
--	--	---	--	--	---	--	--	--

Иванов Иван Иванович

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

Подпись

Иванов

 Дата

1	8	.	0	1	.	2	0	1	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

М.П.

Документ, подтверждающий полномочия представителя

(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.