

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

2 3 1 8 6 0 2 8 8 0

Код подчиненности

2 3 1 8 1

стр.

0 0 1

РАСЧЕТ

по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию 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 - 1 кв; 06 - полугодие; 09 - 9 месяцев; 12 - год / 01, 02 - при обращении за выделением необходимых средств на выплату страхового обеспечения)

Календарный год 2 0 1 6

Прекращение деятельности

НКО Бизнес-творительный фонд, Потемкинский
(Полное наименование организации, обособленного подразделения/Ф.И.О. (последнее при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

ИНН 2 3 4 3 0 0 9 5 5 6

КПП 2 3 4 3 0 1 0 0 1

ОГРН (ОГРНИП) 1 1 6 2 3 0 0 0 5 0 0 0 0

Номер контактного телефона 8 9 5 3 0 9 5 2 5 2 8

352240

Адрес регистрации

Шифр плательщика страховых взносов (страхователя)

0 7 1 / 0 1 / 0 0

субъект краснодарский край
район _____
город г.Новокубанск
улица Лермонтова
дом 11 корпус (строение) _____ квартира (офис) _____

Среднесписочная численность работников _____ 1

из них:

женщин _____ 1

Расчет представлен на _____ стр.

с приложением подтверждающих документов или их копий на _____ листов

Достоверность и полноту сведений, указанных в настоящем расчете, подтверждаю

- 1 - плательщик страховых взносов (страхователь)
2 - представитель плательщика страховых взносов (страхователя)
3 - правопреемник

1

Иванова Марина Алиаскеровна

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

Подпись _____ Дата 1 0 . 0 1 . 2 0 1 7

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 плательщика страховых взносов (страхователя), при отправке по почте - дата отправки почтового отправления с описью вложения

Утверждена
Приказом ФНС России
от "25" февраля 2009 г. N ММ-7-6/85@

место штампа
налогового органа

"БФП",
2343009556/234301001

(реквизиты налогоплательщика
(представителя):
- полное наименование органи-
зации, ИНН/КПП;
- Ф.И.О. индивидуального пре-
дпринимателя (физического ли-
ца), ИНН (при наличии))

Квитанция
о приеме налоговой декларации (расчета)
в электронном виде

Налоговый орган 2372, Межрайонная ИФН
С России № 13 по Крас-
нодарскому краю настоящим документом подтверждает, что
(наименование и код на-
логового органа)

"БФП", 2343009556/234301001

(полное наименование организации, ИНН/КПП; ФИО индивидуального
предпринимателя (физического лица), ИНН (при наличии))
представил(а) 10.03.2017 в 16.13.00 налоговую декларацию (расчет)

Упрощённая бухгалтерская (финансовая) отчетность, 0710096, 0, 34, 2016

(наименование налоговой декларации, вид документа, отчетный период,
отчетный год)

в файле

(наименование файла)

в налоговый орган 2372, Межрайонная ИФНС России № 13 по Краснодарскому краю,
(наименование и код налогового органа)
которая поступила 10.03.2017 и принята налоговым органом 10.03.2017,
регистрационный номер 56376758

Должностное лицо

(наименование налогового органа)

(классный чин)

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

Данный документ заверен ЭЦП следующих субъектов: Межрайонная ИФНС России №13 по
Краснодарскому краю

Утверждена
Приказом ФНС России
от "25" февраля 2009 г. N MM-7-6/85@

место штампа
налогового органа

"БФП",
2343009556/234301001

(реквизиты налогоплательщика
(представителя):

- полное наименование органи
зации, ИНН/КПП;

- Ф.И.О. индивидуального пре
дпринимателя (физического ли
ца), ИНН (при наличии))

Квитанция

о приеме налоговой декларации (расчета)
в электронном виде

Налоговый орган 2372, Межрайонная ИФН
С России № 13 по Крас
нодарскому краю настоящим документом подтверждает, что
(наименование и код н
алогового органа)

"БФП", 2343009556/234301001

(полное наименование организации, ИНН/КПП; ФИО индивидуального
предпринимателя (физического лица), ИНН (при наличии))
представил(а) 10.03.2017 в 15.31.00 налоговую декларацию (расчет)
Налоговая декларация по налогу, уплачиваемому в связи с применением упрощенной
системы налогообложения, 1152017, 0, 34, 2016

(наименование налоговой декларации, вид документа, отчетный период,
отчетный год)

в файле

(наименование файла)

в налоговый орган 2372, Межрайонная ИФНС России № 13 по Краснодарскому краю,
(наименование и код налогового органа)
которая поступила 10.03.2017 и принята налоговым органом 10.03.2017,
регистрационный номер 56376732

Должностное лицо

(наименование налогового органа)

(классный чин)

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

Данный документ заверен ЭЦП следующих субъектов: Межрайонная ИФНС России №13 по
Краснодарскому краю

Представляется не позднее 15-го числа
второго календарного месяца, следующего за отчетным периодом,
в территориальный орган Пенсионного фонда
Российской Федерации (далее - ПФР) по месту регистрации

Приложение
к Изменениям,
которые вносятся в постановление
Правления ПФР от 16.01.2014 № 2п,
утвержденным постановлением
Правления ПФР
от 04.06.2015г.
№ 194п

Форма РСВ-1 ПФР

Регистрационный номер в ПФР 033-046-026363

Стр. 00001

РАСЧЕТ

по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное пенсионное страхование
в Пенсионный фонд Российской Федерации и на обязательное медицинское
страхование в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
плательщиками страховых взносов,
производящими выплаты и иные вознаграждения физическим лицам

Номер уточнения 000
(000 - исходная форма, уточнение 001 и т.д.)

Отчетный период (код) 0
(3 - I квартал, 6 - полугодие, 9 - 9 месяцев, 0 - год)

Календарный год 2016

Причина уточнения

Прекращение деятельности 0

"БЛАГОТВОРИТЕЛЬНЫЙ ФОНД ПОПЕЧИТЕЛЬСКИЙ"

(наименование организации, обособленного подразделения/ФИО индивидуального предпринимателя/физического лица)

ИНН 2343009556

Код по ОКВЭД 65.23

КПП 234301001

Номер контактного телефона 8-953-095-25-28

Количество застрахованных лиц 0
на которых представлены сведения о сумме выплат
и иных вознаграждений и/или страховом стаже

Среднесписочная численность 1

На 3 страницах с приложением подтверждающих документов или их копий на 0 листах

Достоверность и полноту сведений, указанных
в настоящем расчете, подтверждаю

1
1 - плательщик страховых взносов
2 - представитель плательщика страховых взносов
3 - правопреемник

ИВАНОВА МАРИНА АЛИАСКЕРОВНА

(Ф.И.О. руководителя организации, индивидуального предпринимателя, физического лица,
представителя плательщика страховых взносов - физического лица)

(наименование организации, представителя плательщика страховых взносов -
юридического лица)

Подпись М.П. Дата 30.01.2017

Документ, подтверждающий полномочия представителя
плательщика страховых взносов

Заполняется работником ПФР

Сведения о предоставлении расчета

Данный расчет представлен (код) 001

на страницах

с приложением
подтверждающих
документов или их копий
на листах

Дата представления
расчета* 31.01.2017

(Ф.И.О.)

(Подпись)

* Указывается дата представления расчета лично или через представителя, при отправке по почте - дата отправки почтового отправления с описью вложения.

УТВЕРЖДЕНА

постановлением Правления ПФР
от 1 февраля 2016 г. № 83п

Форма СЗВ-М

Сведения о застрахованных лицах

1. Реквизиты страхователя (заполняются обязательно):

Регистрационный номер в ПФР 033-046-026363

Наименование (краткое) "БФП"

ИНН 2343009556 КПП 234301001

2. Отчетный период 10 календарного года 2016 (заполняется обязательно)

(01 - январь, 02 - февраль, 03 - март, 04 - апрель, 05 - май, 06 - июнь, 07 - июль, 08 - август, 09 - сентябрь, 10 - октябрь,
11 - ноябрь, 12 - декабрь)

3. Тип формы (код) исхд (заполняется обязательно одним из кодов: "исхд", "доп", "отмн")

"исхд" - исходная форма, впервые подаваемая страхователем о застрахованных лицах за данный отчетный период

"доп" - дополняющая форма, подаваемая с целью дополнения ранее принятых ПФР сведений о застрахованных лицах за данный отчетный период

"отмн" - отменяющая форма, подаваемая с целью отмены ранее неверно поданных сведений о застрахованных лицах за указанный отчетный период

4. Сведения о застрахованных лицах:

(указываются данные о застрахованных лицах - работниках, с которыми в отчетном периоде заключены, продолжают действовать или прекращены трудовые договоры, договоры гражданско-правового характера, предметом которых является выполнение работ, оказание услуг, договоры авторского заказа, договоры об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, издательские лицензионные договоры, лицензионные договоры о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства, в том числе заключенные на коллективной основе)

№ п/п	Фамилия, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица (заполняются в именительном падеже)	Страховой номер индивидуального лицевого счета (заполняется обязательно)	ИНН (заполняется при наличии у страхователя данных об ИНН физического лица)
-------	---	--	---

ИВАНОВА МАРИНА АЛИАСКЕРОВНА

Наименование должности
руководителя

Дата 26.10.2016



ИВАНОВА М.А.

(Ф.И.О.)

04.11.2016