

Приложение N 5
к Порядку регистрации и снятия
с регистрационного учета
в территориальных органах Фонда
социального страхования Российской
Федерации страхователей - юридических
лиц по месту нахождения обособленных
подразделений и физических лиц,
утвержденному приказом Министерства
труда и социальной защиты
Российской Федерации
от 29 апреля 2016 г. N 202н

Форма

УВЕДОМЛЕНИЕ

о размере страховых взносов на обязательное социальное
страхование от несчастных случаев на производстве
и профессиональных заболеваний юридического лица -
государственного (муниципального) учреждения
по месту нахождения обособленного подразделения

_____ (наименование территориального органа Фонда социального страхования
Российской Федерации)

уведомляет, что юридическому лицу по месту нахождения обособленного
подразделения _____,

_____ (полное наименование)

регистрационный номер страхователя _____,

код подчиненности _____,

в соответствии с заявленным основным видом деятельности _____

_____ определен _____ класс профессионального риска, что
соответствует страховому тарифу на обязательное социальное страхование от
несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в размере
_____ процентов к суммам выплат и иных вознаграждений, которые начислены в
пользу застрахованных в рамках трудовых отношений и гражданско-правовых
договоров и включаются в базу для начисления страховых взносов на
обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и
профессиональных заболеваний.

Страхователь, являющийся на основании представленных документов
государственным (муниципальным) учреждением, относится к 1 классу
профессионального риска в части деятельности, которая финансируется из
бюджетов всех уровней и приравненных к ним источников, что соответствует
страховому тарифу на обязательное социальное страхование от несчастных
случаев на производстве и профессиональных заболеваний в размере 0,2
процентов к суммам выплат и иных вознаграждений, которые начислены в пользу
застрахованных в рамках трудовых отношений и гражданско-правовых договоров
и включаются в базу для начисления страховых взносов на обязательное
социальное страхование от несчастных случаев на производстве и
профессиональных заболеваний.

На основании представленных документов установлены:

скидка к страховому тарифу в размере _____,

надбавка к страховому тарифу в размере _____.

Размер страхового тарифа на обязательное социальное страхование от
несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний с
_____ составляет _____ процентов <*> к суммам выплат и иных

_____ (месяц, год)

вознаграждений, которые начислены в пользу застрахованных в рамках
трудовых отношений и гражданско-правовых договоров и включаются в базу для
начисления страховых взносов на обязательное социальное страхование от
несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Уплата страховых взносов осуществляется ежемесячно на счет _____

_____ (наименование территориального органа Фонда социального страхования

Российской Федерации)

(реквизиты для перечисления страховых взносов)

В соответствии со статьей 24 Федерального закона от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" страхователь ежеквартально представляет по месту регистрации в

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(адрес территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

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 (форма 4-ФСС).

Страхователь, являющийся государственным (муниципальным) учреждением, представляет также раздел II указанного расчета (форма 4-ФСС) в части деятельности, которая финансируется за счет внебюджетных источников.

Дата выдачи уведомления _____
(число, месяц, год)

Руководитель территориального органа
Фонда социального страхования
Российской Федерации _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

М.П.

<*> Указывается с двумя десятичными знаками после запятой.