

Филиал № 13 Государственного учреждения - регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Татарстан
(полное наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Справка
о состоянии расчетов по страховым взносам, пеням и штрафам

10.10.2016

№ 57

Платательщик страховых взносов

АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО "ОСОБАЯ ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ЗОНА
ПРОМЫШЛЕННО-ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ТИПА "АЛАБУГА"

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер плательщика страховых взносов 1613462622

Код подчиненности 16131

ИНН плательщика 1646019914

КПП плательщика 164601001

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица 423600, Ш-2 УЛ, корп. 4/1, АЛАБУГА ОЭЗ ТЕР, ЕЛАБУГА Г, ЕЛАБУЖСКИЙ Р-Н, ТАТАРСТАН РЕСП

По данным расчетов по начисленным и уплаченным страховым взносам за отчетный период с учетом уплаты страховых взносов по состоянию на 10.10.2016 года, имеет следующее состояние расчетов по страховым взносам, пеням и штрафам, администрируемым органами ФСС РФ:

(в руб. ко

Наименование платежа	Код бюджетной классификации	Взаиморасчеты по страховым взносам		Всего задолженность (переплата) по пеням и штрафам на дату обращения	
		Недоимка по страховым взносам	Задолженность за ФСС	Пени (+/-)*	Штрафы (+/-)*
1	2	3	4	5	6
Страховые взносы на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством	39310202090070000160	0,00	0,00	0,00	0,00
Страховые взносы на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний	39310202050070000160	0,00	0,00	0,00	0,00
Штрафы за нарушение законодательства РФ	39311620020070000140	X	X	X	0,00
Итого		0,00	0,00	0,00	0,00

Справка выдана в соответствии с пунктом 7 части 3 статьи 29 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования».

* «+» - задолженность страхователя, «-» - переплата

И.о. руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа
Фонда социального страхования
Российской Федерации

(подпись)

Сомова К.И.

(Ф.И.О.)

Исполнитель:

Ахметшина М.М.

(Ф.И.О.)

МП

(85557) 79046

(номер телефона)