Приложение № 1  
(В редакции, введенной в действие  
с 16 декабря 2016 года  
приказом Минтруда России

от 15 ноября 2016 года № 648н;

в редакции, введенной в действие

с 6 февраля 2017 года

приказом Минтруда России

от 9 января 2017 года № 1н.)

Форма 182н

Справка о сумме заработной платы, иных выплат и вознаграждений за два календарных года, предшествующих году прекращения работы (службы, иной деятельности) или году обращения за справкой о сумме заработной платы, иных выплат и вознаграждений, и текущий календарный год, на которую были начислены страховые взносы, и о количестве календарных дней, приходящихся в указанном периоде на периоды временной нетрудоспособности, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком, период освобождения работника от работы с полным или частичным сохранением заработной платы в соответствии с законодательством Российской Федерации, если на сохраняемую заработную плату за этот период страховые взносы в Фонд социального страхования Российской Федерации не начислялись

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |
| Дата выдачи | | | | | | 25 февраля 2016 г. | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | N | | 2 | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
| 1. Данные о страхователе.  Полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| индивидуального предпринимателя, физического лица | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Общество  ограниченной ответственности «Самый первый» | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование территориального органа страховщика по месту регистрации | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| страхователя | | | | | | | | Территориальное отделение ФОО России по г. Перми №2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Регистрационный номер страхователя | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | / |  | | | |
| Код подчиненности | | | | | | | | | | 132645; | | | | | | | | | | ; | ИНН/КПП | | | | | | 1834254679 | | | | | | | / | | 1027383 |
| Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| г. Пермь ул. Високосная, д. 98, оф.4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Телефон 8 | | | | | ( | | 905 | | ) | 675-84-93 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Данные о застрахованном лице. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Фамилия, имя, отчество | | | | | | | | | | | | | | | | | | Орлова Инна Ивановна | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Паспортные данные: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| серия | | | 2345 | | | | | | номер | | | | | | | 765498 | | | кем и когда выдан | | | | | | | | | | Центральным ОВД г. Пермь  09.10.2011 г. | | | | | | | |
| Адрес места жительства | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| почтовый индекс | | | | | | | | | 123000 | | | | | | | государство | | | | Россия | | | | | | | | субъект Российской Федерации | | | | | | | | |
| Пермский край | | | | | | | | город | | | | | | Пермь | | | | | | | | улица/переулок/проспект | | | | | | | | | | | | 45 | | |
| дом | | | | 2 | | | | корпус | | | | | |  | | | | | | | | квартира | | | | | 74 | | | | | | | | | |
| СНИЛС | | | | 564-796-568-98 | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | |
| Период работы (службы, иной деятельности) у страхователя, в течение которой лицо подлежало обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| с | | 01.01 | | | 20 | | | 15 | | | г. по | | | | | 31.12 | | | | | | | | | 20 | | 15 | | | г. | | | | | | |
| с | | 01.01 | | | 20 | | | 16 | | | г. по | | | | | 31.12 | | | | | | | | | 20 | | 16 | | | г. | | | | | | |
| …..  **3. Сумма заработной платы, иных выплат и вознаграждений, на которые были начислены страховые взносы на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством или сумма заработной платы, иных выплат и вознаграждений, которые включались в базу для начисления страховых взносов в Фонд социального страхования Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2009 года № 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования"** (за период по 31 декабря 2016 года включительно) и (или) в соответствии с законодательством Российской Федерации о налогах и сборах (начиная с 1 января 2017 года): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | 15….. | | | год | | | | 2015 год 240 000 (двести сорок тысяч рублей) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | *(сумма цифрами и прописью)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | 16.. | | | год | | | | 2015 год 240 000 (двести сорок тысяч рублей) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | *(сумма цифрами и прописью)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | ….. | | | год | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | *(сумма цифрами и прописью)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | ….. | | | год | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | | | *(сумма цифрами и прописью)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **4. Количество календарных дней, приходящихся на периоды временной нетрудоспособности, отпуска по беременности и родам, отпуска по уходу за ребенком, период освобождения работника от работы с полным или частичным сохранением заработной платы в соответствии с законодательством Российской Федерации, если на сохраняемую заработную плату за этот период страховые взносы в Фонд социального страхования Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2009 года № 212-ФЗ "О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования" (**за период по 31 декабря 2016 года включительно) и (или) в соответствии с законодательством Российской Федерации о налогах и сборах (начиная с 1 января 2017 года) не начислялись: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | 15….. | | год всего | | | | | | | 10 (десять) | | | | | | | | | | | | | | , в том числе: | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | | | | *(календарных дней)* | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| с | 02.07.2015 г. | | | | | | | | | | | . по | | 12.07.2015 г.  10 (десять) | | | | | | | | |  | | временная нетрудоспособность | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | |  | | *(календарных дней)* | | | | | | | | |  | | *(наименование периода)* | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Руководитель организации (обособленного подразделения), индивидуальный предприниматель, физическое лицо | |  |  | | |  |  |
| Директор | |  | *Зуев* | | |  | Зуев А.Р. |
| *(должность)* | |  | *(подпись)* | | |  | *(Ф.И.О.)* |
| Главный бухгалтер | *Микешкина* | | |  | Микешкина П.С. | | |
|  | *(подпись)* | | |  | *(Ф.И.О.)* | | |

Место печати страхователя  
(при наличии печати)