

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 / 102738
3

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица

г. Пермь ул. Високосная, д. 98, оф.4

Телефон 8 (90) 675-84-93
5

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** государств **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** **2 15** г.
0
с **01.01 20 16** г. по **31.12** **2 16** г.
0

.....

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:

2 15.... год всего 10 (десять) , в том числе:
0 .

(календарных дней)

с

02.07.2015 г.

.

п 12.07.2015 г.

временная

о 10 (десять)

нетрудоспособность

(календарных
дней)

(наименование периода)

Руководитель организации
(обособленного подразделения),
индивидуальный предприниматель,
физическое лицо

Директор

(должность)

Зуев

(подпись)

Зуев А.Р.

(Ф.И.О.)

Главный бухгалтер Микешкина

(подпись)

Микешкина П.С.

(Ф.И.О.)

Место печати страхователя
(при наличии печати)