



ИНН 7736538263 - -
 КПП 773601001 Стр. 001

Форма по КНД 1152017

**Налоговая декларация по налогу, уплачиваемому
 в связи с применением упрощенной системы налогообложения**

Номер корректировки 0 - - Налоговый период (код) 3 4 Отчетный год 2 0 1 2

Представляется в налоговый орган (код) 7 7 3 6 по месту нахождения (учета) (код) 2 1 0

Б л а г о т в о р и т е л ь н ы й ф о н д " К н я з я Д и м и т р и я Р
 о м а н о в а "

(налогоплательщик)

Код вида экономической деятельности по классификатору ОКВЭД 6 5 . 2 .

Номер контактного телефона 8 9 0 5 5 3 6 2 2 9 4

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

**Достоверность и полноту сведений, указанных
 в настоящей декларации, подтверждаю:**

- 1 - налогоплательщик,
 2 - представитель налогоплательщика

Р Ю Р И К О В А Е Л Е Н А Т Р О Ф И
 М О В Н А

(фамилия, имя, отчество полностью)

Заполняется работником налогового органа

Сведения о представлении декларации

Данная декларация представлена (код)

на страницах
 с приложением подтверждающих документов или их копий на листах

Дата представления декларации

Зарегистрирована за №

(Фамилия, И.О.)

(Подпись)

(наименование организации - представителя налогоплательщика)

Подпись _____ Дата 2 5 . 0 3 . 2 0 1 3

М.П.

Наименование документа,
 подтверждающего полномочия представителя



ИНН 7736538263--

КПП 773601001 Стр. 002

Раздел 1. Сумма налога, уплачиваемого в связи с применением упрощенной системы налогообложения, и минимального налога, подлежащая уплате в бюджет, по данным налогоплательщика

(в рублях)

Показатели	Код строки	Значения показателей
Объект налогообложения 1 - доходы 2 - доходы, уменьшенные на величину расходов	001	2
Код по ОКATO	010	45286596000
Код бюджетной классификации	020	18210501021011000110
Сумма авансового платежа по налогу, исчисленная к уплате за:		
первый квартал	030	0-- -- -- -- --
полугодие	040	0-- -- -- -- --
девять месяцев	050	0-- -- -- -- --
Сумма налога, подлежащая уплате за налоговый период для стр. 001 = "1" - стр. 260 - стр. 280 - стр. 050, если стр. 260 - стр. 280 - стр. 050 >= 0 для стр. 001 = "2" - стр. 260 - стр. 050, если стр. 260 >= стр. 050 и стр. 260 >= стр. 270	060	0-- -- -- -- --
Сумма налога к уменьшению за налоговый период для стр. 001 = "1" - стр. 050 - (стр. 260 - стр. 280), если стр. 260 - стр. 280 - стр. 050 < 0 для стр. 001 = "2" - стр. 050 - стр. 260, если стр. 050 > стр. 260 и стр. 270 <= стр. 260 или стр. 050, если стр. 260 < стр. 270	070	0-- -- -- -- --
Код бюджетной классификации	080	182105010500110000110
Сумма минимального налога, подлежащая уплате за налоговый период для стр. 001 = "2", стр. 270, если стр. 270 > стр. 260	090	0-- -- -- -- --

Достоверность и полноту сведений, указанных на данной странице, подтверждаю:

_____ (подпись)

_____ (дата)

Представляется не позднее 15-го числа календарного месяца, следующего за отчетным периодом, в территориальный орган Фонда социального страхования Российской Федерации

Форма-4 ФСС

Регистрационный номер страхователя

7 7 1 8 0 2 0 8 8 9 /

Стр. 0 0 1

Код подчиненности

7 7 1 8 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

Отчетный период (код) 1 2 /

Календарный год 2 0 1 2

(000 - исходная, 001 и т.д. - номер корректировки)

(03 - 1 кв. 06 - полугодие; 09 - 9 месяцев; 12 - год / 01, 02 и т.д. - при обращении за выделением необходимых средств на выплату страхового обеспечения)

Прекращение деятельности

Благотворительный фонд "Князя Дмитрия Романова"

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

Код по ОКАТО 4 5 2 8 6 5 9 6 0 0 0

ИНН 0 0 7 7 3 6 5 3 8 2 6 3

Код по ОКВЭД 6 5 . 2 .

КПП 7 7 3 6 0 1 0 0 1

ОГРН (ОГРНИП) 0 0 1 0 6 7 7 4 6 4 9 7 0 4 8

Номер контактного телефона

119311

Адрес регистрации

Шифр страхователя

1 5 1 / 0 1 / 0 0

Москва г

Ломоносовский пр-кт

15

корпус (строение)

квартира (офис)

Численность работников 1

Расчет представлен на 0 0 8 стр.

из них:

женщин 1

с приложением подтверждающих документов или их копий на листях

работающих инвалидов

работающих, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами

Достоверность и полноту сведений, указанных в настоящем расчете, подтверждаю

1 - страхователь,
2 - уполномоченный представитель страхователя
3 - правопреемник

Рюрикова Елена Трофимовна

(Ф.И.О. руководителя организации, индивидуального предпринимателя, физического лица, представителя страхователя)

Подпись _____ Дата 1 1 . 0 1 . 2 0 1 3
М.П.

Документ, подтверждающий полномочия представителя

Заполняется работником Фонда

Сведения о представлении расчета

Данный расчет представлен (код)

с приложением подтверждающих документов или их копий на листях

Дата представления расчета* _____

(Ф.И.О.)

(Подпись)

* Указывается дата представления расчета лично или через представителя, при отправке по почте - дата отправки почтового отправления с описью вложения, при представлении в электронном виде - дата отправки, зафиксированная транспортным (почтовым) сервером.