|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Извещение****Кассир** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма №ПД-4сб (налог)** |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **УФК по Чукотскому автономному округу (ОПФР по Чукотскому автономному округу л/с 04884П88000)** |  |
| **(наименование получателя платежа)** |  |
| **ИНН 8700000233 КПП 870901001** | **ОКТМО 77701000** |
| **ИНН налогового органа (\*) и его сокращенное наименование** | **(Код ОКТМО)** |
| **03100643000000018800 в ОТДЕЛЕНИЕ АНАДЫРЬ БАНКА РОССИИ//УФК ПО ЧУКОТСКОМУ АВТОНОМНОМУ ОКРУГУ г. Анадырь** |
| **(номер счета получателя платежа) (наименование банка)** |

**БИК: 017719101 Кор./сч.: 40102810745370000064**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дополнительные страховые взносы** | **39210202041061100160** |
| **(наименование платежа)** | **(код бюджетной классификации КБК)** |
| Плательщик (Ф.И.О.) |  |
| Адрес плательщика: |  |

№ л/с плательщика (СНИЛС) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ \_\_\_\_ **Сумма: руб. \_\_\_\_ коп.** **Плательщик (подпись): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.****<\*> или иной государственный орган исполнительной власти** |
| КвитанцияКассир |

|  |  |
| --- | --- |
| **УФК по Чукотскому автономному округу (ОПФР по Чукотскому автономному округу л/с 04884П88000)** |  |
| (наименование получателя платежа) |  |
| **ИНН 8700000233 КПП 870901001 ОКТМО 77701000** |  |
| ИНН налогового органа (\*) и его сокращенное наименование (Код ОКТМО) |  |
| **03100643000000018800 в ОТДЕЛЕНИЕ АНАДЫРЬ БАНКА РОССИИ//УФК ПО ЧУКОТСКОМУ АВТОНОМНОМУ ОКРУГУ г. Анадырь** |
| (номер счета получателя платежа) (наименование банка) |

**БИК: 017719101 Кор./сч.: 40102810745370000064**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дополнительные страховые взносы** | **39210202041061100160** |
| (наименование платежа) | (код бюджетной классификации КБК) |
| Плательщик (Ф.И.О.) |  |
| Адрес плательщика: |  |

№ л/с плательщика (СНИЛС) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ \_\_\_\_Сумма: руб. \_\_\_\_ коп. Плательщик (подпись): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.<\*> или иной государственный орган исполнительной власти |

**Выделенные поля заполняются плательщиком дополнительных страховых взносов.**

**Указание СНИЛС обязательно!**