ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к приказу Фонда социального страхования Российской Федерации от 25.01.2017 г. №9

Форма 1

Место штампа территориального органа страховщика

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ МОСКОВСКОЕ ОБЛАСТНОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ФИЛИАЛ № 34

Решение
о проведении выездной проверки страхователя по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний

от 05.02.2020 г № 11 н/с
(дата)

В соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее – Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ)

Директор
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Филиал № 34 Государственного учреждения - Московского областного регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)

Козлов А.В. ,
(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

РЕШИЛ:

1. **Провести выездную проверку** (**плановая,** повторная, в связи с ликвидацией (реорганизацией) (ненужное зачеркнуть) **правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний** в Фонд социального страхования Российской Федерации, а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователем

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "СЕРГИЕВО-ПОСАДСКИЙ ФИЗИКО-МАТЕМАТИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ"
(полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	5034004153
Код подчиненности	50341
ИНН	5042068899
КПП	504201001
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	141308, ОБЛАСТЬ МОСКОВСКАЯ, РАЙОН СЕРГИЕВО-ПОСАДСКИЙ, ГОРОД СЕРГИЕВ ПОСАД, УЛИЦА К.МАРКСА, 3, -, -

основание проведения выездной проверки _____ (указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26^{16} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ, в случае проведения повторной выездной проверки: «в соответствии с подпунктом 1 пункта 26 статьи 26^{16} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ вышестоящим органом страховщика - в порядке контроля за деятельностью страховщика, проводившего проверку (указывается наименование органа страховщика, проводившего проверку)» или «в соответствии с подпунктом 2 пункта 26 статьи 26^{16} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ в случае представления страхователем уточненного расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам, в котором указана сумма страховых взносов в размере, меньшем ранее заявленного»)

за период с 01.01.2017 г (дата) по 31.12.2019 г (дата).

2. Поручить проведение выездной проверки

Сиващенко Наталья Васильевна - Главный специалист-ревизор

(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа страховщика)

Филиал № 34 Государственного учреждения - Московского областного регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Директор _____ Козлов А.В.

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика) (подпись) (Ф.И.О.)

Место печати территориального органа страховщик

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

директор Макарова Ольга Алексеевна

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения)

_____

или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя))

_____ 05.02.2020

(подпись) (дата)

Место печати (при наличии) страхователя

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ МОСКОВСКОЕ ОБЛАСТНОЕ

Плательщик страховых взносов

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "СЕРГИЕВО-ПОСАДСКИЙ ФИЗИКО-МАТЕМАТИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ"

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

регистрационный номер в органе контроля за уплатой страховых взносов (код подчиненности) 5034004153 (50341)

ИНН 5042068899

КПП 504201001

адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица 141308, ОБЛАСТЬ МОСКОВСКАЯ, РАЙОН СЕРГИЕВО-ПОСАДСКИЙ, ГОРОД СЕРГИЕВ ПОСАД, УЛИЦА К.МАРКСА, 3, -, -

Требование
о представлении документов

от 05.02.2020 г № 11

(дата)

В соответствии со статьей ст 26.18 Федерального закона от 24.07.1998 №125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний плательщику страховых взносов необходимо представить в течение 10 дней со дня вручения настоящего требования следующие необходимые для проверки документы за период 2017-2019г.г.:

1)Штатное расписание
2)Своды по начислению заработной платы и иных выплат , помесячно.
3)Приказы о приеме/ увольнении, иные приказы по организации
4)Трудовые договора, договора гражданско-правового характера
5) Трудовые книжки
6)Табеля учета рабочего времени
9) Банковские и кассовые документы, авансовые отчеты .
10)Анализ счетов бухгалтерского учета : 50, 51 ,70,73,76,84,90,91, главные книги, карточки счета 71 и 91 с корреспонденцией счетов 50,51,73,76 (выборочно)
11) Выписка из ЕГРЮЛ, Справки-подтверждения основного вида деятельности .
12) Карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений
13) Справки по инвалидности сотрудников (в случае наличия сотрудников –инвалидов)
14) Документы подтверждающие правильность произведенных расходов на выплату страхового обеспечения, по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (пособия по временной нетрудоспособности в связи с несчастными случаями, финансирование предупредительных мер)
15)Документы подтверждающие необлагаемую базу:

-для пособий по временной нетрудоспособности, по беременности и родам - листок нетрудоспособности, заполненный в установленном порядке, с произведенным расчетом пособия;
- для единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности - справка из женской консультации либо другого медицинского учреждения, поставившего женщину на учет в ранние сроки беременности (до 12 недель);
-для единовременного пособия при рождении ребенка - справка о рождении ребенка установленной формы, выданная органами записи актов гражданского состояния (ф. №24), а в случае рождения ребенка за пределами Российской Федерации - легализованный в установленном порядке документ, подтверждающий рождение ребенка, с заверенным в установленном порядке переводом на русский язык, справка с места работы другого родителя о неполучении пособия;
- для ежемесячного пособия по уходу за ребенком - заявление о предоставлении отпуска по уходу за ребенком, приказ о предоставлении отпуска по уходу за ребенком, свидетельство о рождении (усыновлении) ребенка, свидетельство о рождении предыдущего ребенка (детей), справку с места работы второго родителя о том, что отпуск по уходу за ребенком не использует и не получает ежемесячное пособие, справка о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, застрахованное лицо, занятое у нескольких страхователей, представляет справку (справки) с места

работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (у других страхователей) о том, что назначение и выплата ежемесячного пособия по уходу за ребенком этим страхователем не осуществляются, расчет пособия по уходу за ребенком;

- для социального пособия на погребение — заявление о назначении пособия, справка о смерти, выданная органами записи актов гражданского состояния (ф. №33), верность которых засвидетельствована в установленном порядке;

-для оплаты четырех дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами - заявление о предоставлении дополнительных выходных дней для ухода за ребенком-инвалидом; справка органов социальной защиты населения об инвалидности ребенка с указанием, что ребенок не находится на государственном обеспечении (в интернате или ином подобном учреждении), представляемая ежегодно; копия приказа о предоставлении дополнительных выходных дней для ухода за ребенком-инвалидом; справка с места работы другого родителя, что на момент обращения дополнительно оплачиваемые выходные дни в этом же календарном месяце им не использованы; если работающим является один родитель, то факт отсутствия работы у другого родителя должен быть документально подтвержден (справка из органов государственной службы занятости населения и др.);

Отказ проверяемого лица от представления запрашиваемых документов или непредставление их в установленные сроки признаются правонарушением и влекут ответственность, предусмотренную статьей ст.19 Федерального закона от 24 июля 1998г. №125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

В случае, если проверяемое лицо не имеет возможности представить истребуемые документы в течение 10 дней, это лицо в течение одного дня, следующего за днем получения требования о представлении документов, письменно уведомляет проверяющих должностных лиц органа контроля за уплатой страховых взносов о невозможности представления в указанные сроки документов с указанием причин, по которым истребуемые документы не могут быть представлены в установленные сроки, и о сроках, в течение которых проверяемое лицо может представить истребуемые документы.

Подписи должностных лиц органа контроля за уплатой страховых взносов, проводящих проверку:

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ МОСКОВСКОЕ ОБЛАСТНОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ФИЛИАЛ №34

Главный специалист-ревизор		Сиващенко Наталья Васильевна
(должность)	(подпись)	(Ф.И.О.)

Требование о представлении документов получил.

МАКАРОВА ОЛЬГА АЛЕКСЕЕВНА

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения)

или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

	05.02.2010
(подпись)	(дата)

Место печати

Примечание.

Требование о представлении документов может быть передано плательщику страховых взносов (его законному или уполномоченному представителю) лично под расписку, направлено по почте заказным письмом или передано в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления указанного требования по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней с даты отправления заказного письма.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 8
к приказу Фонда социального страхования Российской Федерации
от 25.01.2017 г. № 9
Форма 7

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ФИЛИАЛ № 34

Место штампа территориального органа страховщика

Акт выездной проверки

от 14.02.2020 г (дата) № 11 н/с

Нами (мною), Сиващенко Наталья Васильевна - Главный специалист-ревизор
(Ф.И.О. лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и руководителя проверяющей группы)

Филиал № 34 Государственного учреждения - Московского областного регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации (далее – страховые взносы) по установленному законодательством Российской Федерации тарифу с учетом установленной отделением Фонда скидки (надбавки), а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователя

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "СЕРГИЕВО-ПОСАДСКИЙ ФИЗИКО-МАТЕМАТИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ"
(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя или физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	5034004153
Код подчиненности	50341
ИНН	5042068899
КПП	504201001
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	141308, ОБЛАСТЬ МОСКОВСКАЯ, РАЙОН СЕРГИЕВО-ПОСАДСКИЙ, ГОРОД СЕРГИЕВ ПОСАД, УЛИЦА К.МАРКСА, 3, -, -

за период с 01.01.17 по 31.12.19.

год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	класс профессионального риска	размер страхового тарифа	скидка / надбавка
2017	85.14: Образование среднее общее	1	0,2	нет / нет
2018	85.14: Образование среднее общее	1	0,2	нет / нет
2019	85.14: Образование среднее общее	1	0,2	нет / нет

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее – Федеральный закон от 24 июля 1998 г. №125-ФЗ).

1. Место проведения выездной проверки - территория проверяемого лица.
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 05.02.20, окончена 14.02.20.

(дата) (дата)

3. В соответствии с решением Директор
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

_____ от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была приостановлена с _____.
(дата)

4. В соответствии с решением Директор
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

_____ от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была возобновлена с _____.
(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения)* в проверяемом периоде являлись:

Руководитель МАКАРОВА ОЛЬГА АЛЕКСЕЕВНА
(наименование должности) (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер _____.
(наименование должности) (Ф.И.О.)

6. Выездная проверка проведена сплошным методом проверки представленных _____
(сплошным, выборочным)

следующих документов:

положение об оплате труда, штатное расписание, главные книги, своды по начислению заработной платы за 2017-2019 г;

выборочным методом проверки представленных следующих документов: кадровые приказы, распоряжения, касающиеся выплаты заработной платы, премий, табели учета рабочего времени, банковые и кассовые документы, карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений.
(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы:

не представленных документов нет..
(указываются виды непредставленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с 01.01.2006 г по 31.12.2008 г,
(дата) (дата)

акт выездной проверки от 25.11.20009 № 275.
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения - не выявлены
(устранены/не устранены (в случае неустранения нарушений – указывается их существо)

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. выявлены / **не выявлены (ненужное зачеркнуть) нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:**

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов в Фонд социального страхования Российской Федерации:

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
2017-2019	0

* Заполняется для организаций.

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
2017-2019	0

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия): _____
(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
2017-2019	0

10.1.3. произведены расходы с нарушением требований законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, либо не подтвержденные документами в установленном порядке: _____
(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма непринятых к зачету расходов (в рублях)
2017-2019	0

10.1.4. непредставление в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (далее – расчет)
за _____.
(период)

становленный срок представления расчета _____.
(дата)

Расчет представлен _____, не представлен (ненужное зачеркнуть);

10.1.5. другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний: нет
(приводятся документы, подтверждающие факты нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать с ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "СЕРГИЕВО-ПОСАДСКИЙ ФИЗИКО-МАТЕМАТИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ"
(наименование организации, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов **за 01.01.2017 — 31.12.2019 г**
(период)

в размере **0,00 руб.;**

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд в сумме 0 _____ рублей.

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 0,00 руб.;

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;
11.3._____;
(приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11.4. привлечь

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "СЕРГИЕВО-ПОСАДСКИЙ ФИЗИКО-МАТЕМАТИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ"

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

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1.пунктом ___-___ статьи ___-___ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

_____,

(указывается состав правонарушения)

11.4.2. _____

Приложение: на ___0___ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в Филиал №34 ГУ-МОРО ФСС РФ

(наименование территориального органа страховщика)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям.

При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные в установленном порядке копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших проверку _____ Сиващенко Наталья Васильевна

(подпись) (Ф.И.О.)

Подпись руководителя организации (обособленного подразделения) с указанием должности, индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя) _____ _____ МАКАРОВА ОЛЬГА АЛЕКСЕЕВНА

(должность) (подпись) (Ф.И.О.)

Место печати (при наличии) плательщика страховых взносов

Экземпляр настоящего акта с ___0___ приложениями на ___0___ листах получил.

(количество)

МАКАРОВА ОЛЬГА АЛЕКСЕЕВНА

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения)

_____

или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

_____ 14.01.2020

(подпись) (дата)

Место печати

Примечание.

Акт выездной проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен страхователю, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченному представителю), лично под расписку, направлен по почте заказным письмом или передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления указанного акта по почте заказным письмом оно считается получен

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5

к приказу Фонда социального страхования Российской Федерации от 25.01.2017 г. № 9

Форма 5

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ МОСКОВСКОЕ ОБЛАСТНОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ФИЛИАЛ № 34

Место штампа территориального органа страховщика

Справка
о проведенной выездной проверке страхователя по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний

от 14.02.20 (дата) № 11 н/с

В соответствии с решением
Директор
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
Филиал № 34 Государственного учреждения - Московского областного регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)
Козлов А.В.
(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

о проведении выездной проверки от 05.02.2020 г (дата) № 11 н/с

Сиващенко Наталья Васильевна - Главный специалист-ревизор
(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)
Филиал № 34 Государственного учреждения - Московского областного регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика и налогового органа, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального страхования Российской Федерации, а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователем
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "СЕРГИЕВО-ПОСАДСКИЙ ФИЗИКО-МАТЕМАТИЧЕСКИЙ ЛИЦЕЙ"
,
(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	5034004153
Код подчиненности	50341
ИНН	5042068899
КПП	504201001

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	141308, ОБЛАСТЬ МОСКОВСКАЯ, РАЙОН СЕРГИЕВО-ПОСАДСКИЙ, ГОРОД СЕРГИЕВ ПОСАД, УЛИЦА К.МАРКСА, 3, -, -

за период с 01.01.2017 г по 31.12.2019 г.
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 05.02.2020

проверка окончена 14.02.2020

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-ревизор		Сиващенко Наталья Васильевна
(должность)	(подпись)	(Ф.И.О.)
(должность)	(подпись)	(Ф.И.О.)
(должность)	(подпись)	(Ф.И.О.)

14.02.2020 г
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листах получил

Руководитель МАКАРОВА ОЛЬГА АЛЕКСЕЕВНА
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения)

или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

(подпись) 14.02.2020
(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящей справки уклоняется *.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись) (дата)

Примечание.

В случае если плательщик страховых взносов (его уполномоченный представитель) уклоняется от получения справки о проведенной проверке, указанная справка направляется плательщику страховых взносов по почте заказным письмом и считается полученной по истечении шести дней со дня направления заказного письма.

* Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения справки.