

**Филиал №6 Государственного учреждения -
Ставропольского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации**
357100, Ставропольский край, г. Невинномысск, ул.
Степная, дом 4
тел. (86554) 3-79-97, факс (86554) 6-26-30

Приложение № 1
к приказу
Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25.01.2017 № 9
Форма 1

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

от 14.03.2022
(дата)

№ 26062250000151

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 филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

филиала № 6 Государственного учреждения - Ставропольского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Лещенко Татьяна Михайловна

(Ф.И.О.)

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая) 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 КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
"НЕВИННОМЫССКИЙ СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ
НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ "ГАВАНЬ" (ГКУСО "НЕВИННОМЫССКИЙ СРЦН
"ГАВАНЬ")**

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>2620000305</u>	,
Код подчиненности	<u>26061</u>	,
ИНН	<u>2631008510</u>	,
КПП	<u>263101001</u>	,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>357101, КРАЙ СТАВРОПОЛЬСКИЙ, ГОРОД НЕВИННОМЫССК, УЛИЦА МАТРОСОВА, ДОМ 165</u>	,

в соответствии со статьей 26.16
Федерального закона от 24 июля 1998 г.
№ 125-ФЗ

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 01.01.2019 по 31.12.2021 .
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

главному специалисту-ревизору - Максумовой Наталье Алиевне (Ставропольское (филиал № 6))

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

филиала № 6 Государственного учреждения - Ставропольского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Директор филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа страховщика)

(подпись)

Т.М. Лещенко

(Ф.И.О.)

Место печати территориального
органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

Директор Государственного учреждения «Ставропольское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации»
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения) *Сржи, Талкин*)

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

(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя