

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 25 января 2017 г. № 9

Государственное учреждение –
Калужское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

Форма 1

ул. Академика Королева, 22, г. Калуга, 248000
Тел.: (4842) 71-37-70, Факс: (4842) 77-46-26,
E-mail: info@ro40.fss.ru

Решение

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

от 22.11 2022 г.
(дата)

№ 40002250005481

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

И.о. заместителя управляющего отделением

(руководитель (заместитель руководителя) территориального органа страховщика)

Государственным учреждением – Калужским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Бажина Н.П.

(Ф.И.О.¹)

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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ЦЕНТР ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ «СТРАТЕГИЯ» ГОРОДА КАЛУГИ (МБУ «ЦЕНТР «СТРАТЕГИЯ» Г. КАЛУГИ)

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

4000288025

Код подчиненности

40001

ИНН²

4028024545

КПП³

402701001

Адрес места нахождения организации
(обособленного подразделения) / адрес

постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица

Юридический адрес: 248000, ул. Луначарского,
д. 26/18, г.Калуга, РФ

Основание проведения выездной проверки

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ, в случае проведения повторной выездной проверки «в соответствии с подпунктом 1 пункта 26 статьи 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ вышестоящим органом страховщика - в порядке контроля за деятельностью территориального органа страховщика, проводившего проверку (указывается наименование территориального органа страховщика, проводившего проверку)» или «в соответствии с подпунктом 2 пункта 26 статьи 26¹⁶ 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 г. по 31.12.2021 г.
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

Цымбалюк Ирине Юрьевне – Главному специалисту-ревизору

(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя⁴ проверяющей группы территориального органа страховщика)

Государственного учреждения – Калужского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

И.о. заместителя управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Место печати территориального органа страховщика



Бажина Н.П.

(Ф.И.О.)

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

Руководитель МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ЦЕНТР ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ «СТРАТЕГИЯ» ГОРОДА КАЛУГИ КОРЖУЕВА ЕЛЕНА ВАСИЛЬЕВНА

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

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

(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

¹ Отчество заполняется при наличии.

² Идентификационный номер налогоплательщика.

³ Код причины постановки на учет в налоговом органе.

⁴ Указывается при наличии руководителя группы