

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственное учреждение –
региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
по Республике Коми

ул. Ленина, д.113, г. Сыктывкар, 167000
тел. (8212) 284-888, факс (8212) 284-874
E-mail - info@ro11.fss.ru
ОКПО 24971808, ОГРН 1021100512685
ИНН / КПП 1101471495 / 110101001

Решение
о проведении выездной проверки

от 29.04.2019 г.
(дата)

№ 62 с/в

В соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ “О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования”, Федеральным законом от 03.07.2016 №250-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса Российской Федерации в связи с передачей налоговым органам полномочий по администрированию страховых взносов на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование»

Исполняющий обязанности управляющего

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

Государственным учреждением-региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Коми

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

Р.И. Жалоба

(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая, ~~в связи с ликвидацией (реорганизацией)~~ (ненужное зачеркнуть) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации плательщиком страховых взносов

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ КОМИ "ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КОМИ"

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

Регистрационный номер в органе контроля
за уплатой страховых взносов

1107113022

код подчиненности

11001

ИНН

1101461377

КПП

110101001

адрес места нахождения организации (обособленного
подразделения)/адрес постоянного места жительства

УЛ. КОЛХОЗНАЯ, ДОМ 40/30, Г.

индивидуального предпринимателя,

СЫКТЫВКАР, КОМИ РЕСП, 167000

физического лица

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственное учреждение –
региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
по Республике Коми

ул. Ленина, д.113, г. Сыктывкар, 167000
тел. (8212) 284-888, факс (8212) 284-874
E-mail - info@ro11.fss.ru
ОКПО 24971808, ОГРН 1021100512685
ИНН / КПП 1101471495 / 110101001

Решение

о проведении выездной проверки страхователя по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством

от 29.04.2019 г.
(дата)

№ 62 с/о

В соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»

Исполняющий обязанности управляющего

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственным учреждением-региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Коми

(наименование территориального органа страховщика)

Р.И. Жалоба

(Ф.И.О.)

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая, ~~повторная, в связи с обращением страхователя за выделением средств, в связи с ликвидацией (реорганизацией)~~), в связи поступлением жалобы от застрахованного лица (ненужное зачеркнуть) правильности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством страхователя

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ КОМИ "ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КОМИ"

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика

1107113022 ,

Код подчиненности

11001 ,

ИНН

1101461377 ,

КПП

110101001 ,

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица

УЛ. КОЛХОЗНАЯ, ДОМ 40/30, Г. СЫКТЫВКАР, КОМИ РЕСП, 167000

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственное учреждение –
региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
по Республике Коми

ул. Ленина, д.113, г. Сыктывкар, 167000
тел. (8212) 284-888, факс (8212) 284-874
E-mail - info@ro11.fss.ru
ОКПО 24971808, ОГРН 1021100512685
ИНН / КПП 1101471495 / 110101001

Решение

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

от 29.04.2019 г.
(дата)

№ 62 н/с

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

Исполняющий обязанности управляющего

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственным учреждением-региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Коми

(наименование территориального органа страховщика)

Р.И. Жалоба

(Ф.И.О.)

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 УЧРЕЖДЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ КОМИ "ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КОМИ"

(полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения),
Ф.И.О.¹ индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе
страховщика

1107113022 ,

Код подчиненности

11001 ,

ИНН²

1101461377 ,

КПП³

110101001 ,

Адрес места нахождения организации (обособленного
подразделения)/адрес постоянного места жительства
индивидуального предпринимателя, физического лица

УЛ. КОЛХОЗНАЯ, ДОМ 40/30, Г.
СЫКТЫВКАР, КОМИ РЕСП, 167000 ,

за период с 01.01.2016 г. по 31.12.2016 г.
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

Юдиной Наталье Викторовне - Главному специалисту-ревизору

(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы органа контроля за уплатой страховых взносов и должностных лиц налогового органа)

Государственного учреждения-регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Коми

(наименование территориального органа страховщика)

Исполняющий обязанности
управляющего

(должность руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа
страховщика)

(подпись)

Р.И. Жалоба
(Ф.И.О.)

Место печати органа контроля
за уплатой страховых взносов

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

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

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

(подпись)

(дата)

Место печати плательщика
страховых взносов

за период с 01.01.2016 г. по 31.12.2016 г.
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

Юдиной Наталье Викторовне - Главному специалисту-ревизору

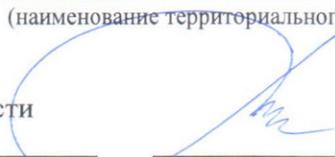
(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа страховщика)

Государственного учреждения-регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Коми

(наименование территориального органа страховщика)

Исполняющий обязанности
управляющего

(должность руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа
страховщика)


(подпись)

Р.И. Жалоба
(Ф.И.О.)

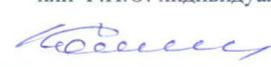
Место печати территориального
органа страховщика



С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.


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

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


(подпись)

29.09.16
(дата)

Место печати (при наличии) страхователя



за период с 01.01.2016 г. по 31.12.2018 г.
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

Юдиной Наталье Викторовне - Главному специалисту-ревизору

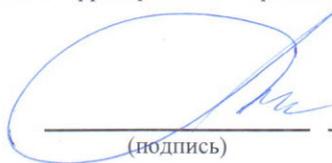
(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя⁴ проверяющей группы территориального органа страховщика)

Государственного учреждения-регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Коми

(наименование территориального органа страховщика)

Исполняющий обязанности
управляющего

(должность руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа
страховщика)



(подпись)

Р.И. Жалоба

(Ф.И.О.)

Место печати территориального
органа страховщика



С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.



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

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



29.09.19

(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

