страхов

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 25.01.2017 г. № 10

Форма 3

Место штампа территориального
органа страховщика

Государственное учреждение-
Ставропольское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации
ФИЛИАЛ № 8

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

от 13.03.2019 (дата) № 71

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»[1] и статьей 26^{16} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»[2] (далее – Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ)

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

филиал № 8 Государственного учреждения - Ставропольского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)

С.А.Ковалев
(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

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ДЕТСКИЙ САД № 19» ПРЕДГОРНОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ
(полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	2610000649,
Код подчиненности	26181,
ИНН	2618012130,
КПП	261801001,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	357373, КРАСНАЯ УЛ, дом 142, БОРГУСТАНСКАЯ СТ-ЦА, ПРЕДГОРНЫЙ Р-Н, СТАВРОПОЛЬСКИЙ КРАЙ,

[1] Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 1, ст. 18; 2009, № 7, ст. 781; № 30, ст. 3739;2010, № 40, ст. 4969; № 50, ст. 6601; 2011, № 9, ст. 1208; 2011, № 27, ст. 3880; № 49, ст. 7017; 7057; 2012, № 53, ст. 7601; 2013, № 14, ст. 1644; № 27, ст. 3477; № 30, ст. 4076; № 48, ст. 6165; 2014, № 14, ст. 1551; № 26, ст. 3398; № 30, ст. 4217; № 49, ст. 6915; 6916; 2015, № 1, ст. 48;2016, № 1, ст. 14; № 11, ст. 1482; № 27, ст. 4183

[2] Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2016, № 27, ст. 4183

основание проведения выездной проверки: в соответствии со статьей 26^{16} Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ

(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 в порядке контроля вышестоящим органом страховщика за деятельностью территориального органа страховщика, проводившего проверку (указывается наименование территориального органа страховщика, проводившего проверку)» или «в соответствии с пунктом 2 части 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 01.01.2018 (дата) по 31.12.2018 (дата).

2. Поручить проведение выездной проверки: Акуловой Светлане Викторовне - главному специалисту - ревизору филиала № 8 Государственного учреждения - Ставропольского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

Директор филиала		С.А.Ковалев
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)	(подпись)	(Ф.И.О.)

Место печати территориального органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

ЗАВЕДУДУЮЩИЙ МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «ДЕТСКИЙ САД № 19» ПРЕДГОРНОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ НЕТЕСА АНТОНИНА ВАСИЛЬЕВНА

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

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

(подпись)	13.03.2019г. (дата)

Место печати (при наличии) страхователя