Государственное учреждение - Вологодское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации
160001, Вологодская область, г.Вологда, пр-кт Победы, д.33
тел. (8172) 72-03-04, факс (8172) 72-79-22
e-mail: info@ro35.fss.ru, r35.fss.ru

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 15.08.2022 (дата) № 35002250004601

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)

заместитель управляющего отделением
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - Вологодского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)

Андреева Светлана Васильевна
(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

ФОНД КАПИТАЛЬНОГО РЕМОНТА МНОГОКВАРТИРНЫХ ДОМОВ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ (ФОНД КАПИТАЛЬНОГО РЕМОНТА МКД ВО)
(полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	3500519706 ,
Код подчиненности	35001 ,
ИНН	3525300835 ,
КПП	352501001 ,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	160013, РФ, ВОЛОГОДСКАЯ обл., г. ВОЛОГДА, КОНЕВА УЛ, ДОМ 15 ,
основание проведения выездной проверки	в соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. N 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 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 (дата) по 31.12.2021 (дата) .

2. Поручить проведение выездной проверки

консультанту-ревизору - Тюкачевой Ольге Анатольевне

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

Государственного учреждения - Вологодского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Заместитель управляющего отделением (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика) — (подпись) — С.В. Андреева (Ф.И.О.)

Место печати территориального органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

и.о. директора Васюков Олег Юрьевич

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

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

(подпись)

15.08.2022г.

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Государственное учреждение -
Вологодское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации**

пр. Победы, 33, г. Вологда, 160001
Тел.(817-2) 72-03-04 / факс (817-2) 72-79-22
E–mail: info@ro35.fss.ru; www.r.35.fss.ru

Акт выездной проверки

от " 17 " августа 2022 (дата) № 35002250004603

Проверяющим, Тюкачевой Ольгой Анатольевной — консультантом - ревизором Государственного учреждения – Вологодского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации[1], на основании решения заместителя управляющего ГУ-ВРО ФСС РФ С.В. Андреевой от 15.08.2022 г. №35002250004601 проведена выездная проверка (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 страхователя

ФОНД КАПИТАЛЬНОГО РЕМОНТА МНОГОКВАРТИРНЫХ ДОМОВ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ[2],

(полное и сокращенное наименование организации)

регистрационный номер в территориальном органе страховщика	3500519706
код подчиненности	35001
ИНН	3525300835
КПП	352501001
адрес места нахождения организации	160013, РФ, ВОЛОГОДСКАЯ обл., г. ВОЛОГДА, КОНЕВА УЛ, ДОМ 15

за период с 01.01.2019 г. по 31.12.2021 г.

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2019 г. - 2021 г.	Предоставление прочих финансовых услуг, кроме услуг по страхованию и пенсионному обеспечению, не включенных в другие группировки (64.99)	1	0,2	нет/нет

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее - Федеральный закон от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ).

1. Место проведения выездной проверки: 162013, г. ВОЛОГДА, КОНЕВА УЛ, ДОМ 15
2. Проверка проводилась с 15.08.2022 г. (дата), окончена 17.08.2022 г. (дата)
3. В соответствии с решением начальника отдела Государственным учреждением – Вологодским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

\- (Ф.И.О.) от - (дата) № -

выездная проверка была приостановлена с - (дата).

[1]Далее по тексту - ГУ-ВРО ФСС РФ или отделение Фонда;

[2]далее по тексту – ФОНД КАПИТАЛЬНОГО РЕМОНТА МКД ВО или страхователь.

4. В соответствии с решением начальника отдела Государственным учреждением – Вологодским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации

\- (Ф.И.О.) от - (дата) № -

выездная проверка была возобновлена с - (дата).

5. Должностными лицами организации в проверяемом периоде являлись:

Директор (наименование должности)	Михельсон Игорь Владимирович (фамилия, имя, отчество (при наличии)
Главный бухгалтер (наименование должности)	Милкова Галина Вениаминовна (фамилия, имя, отчество (при наличии)

6. Выездная проверка проведена сплошным порядком, кроме первичных бухгалтерских документов: банк, касса, авансовые отчеты, проверенных выборочно.

В ходе выездной проверки представлены и проверены: устав, положение об оплате труда, своды начислений и удержаний по организации, приказы, табели учета рабочего времени; документы, подтверждающие выплаты, на которые не начисляются страховые взносы, справки МСЭ работающих инвалидов, уведомления о размере страхового тарифа; справки-подтверждения основного вида экономической деятельности; Расчеты 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 (ф.4-ФСС) за 2019 г., 2020 г., 2021 г.

7. В ходе выездной проверки документы представлены в полном объеме.

8. Предыдущая выездная проверка проводилась за период с 13.05.2019 г. по 24.06.2019 г., акт от 24.06.2019 г. №25107 н/с.

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения устранены.

10. Настоящей проверкой установлено:

Размер страхового тарифа (0,2) соответствует основному виду экономической деятельности — Предоставление прочих финансовых услуг, кроме услуг по страхованию и пенсионному обеспечению, не включенных в другие группировки (64.99). Класс профессионального риска — 1.

Данные бухгалтерского учета соответствуют представленным Расчетам (ф.4-ФСС).

Задолженности по уплате страховых взносов за плательщиком страховых взносов по состоянию на 01.01.2021 г. не установлено.

10.1. не выявлены нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

Страховые взносы на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний начислялись и перечислялись страхователем в проверяемом периоде в соответствии с Федеральным законом от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ.

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)
-	-

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

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

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)
-	-

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: -.

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)

Расчет представлен I квартал 2019 г., I полугодие 2019 г., 9 месяцев 2019 г., год 2019 г, I квартал 2020 г., полугодие 2020 г., 9 месяцев 2020 г., год 2020 г., I квартал 2021 г., I полугодие 2021 г., 9 месяцев 2021 г., год 2021 г.

10.1.5. другие 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 со страхователя ФОНД КАПИТАЛЬНОГО РЕМОНТА МКД ВО

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов

за - (период) в размере 0,00 руб.;

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд в сумме 0,00 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 страхователя ФОНД КАПИТАЛЬНОГО РЕМОНТА МКД ВО

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

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. -

Подпись должностного лица ГУ-ВРО ФСС РФ, проводившего проверку: Консультант-ревизор (должность) (подпись) Тюкачева О.А. (Ф.И.О.)

Подпись руководителя (его представителя) и.о. директора (должность) (подпись) Волкогов О.Ю. (Ф.И.О.)

Место печати (при наличии) плательщика страховых взносов

Экземпляр настоящего акта с - (количество) приложениями на 2 листах получил:

и.о. директора Волкогов Олег Юрьевич

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

(подпись) 17.08.2022г. (дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется *.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего проверку) (дата)

* Запись делается в случае уклонения плательщика страховых взносов, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.

Государственное учреждение - Вологодское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

160001, Вологодская область, г.Вологда, пр-кт Победы, д.33

тел. (8172) 72-03-04, факс (8172) 72-79-22

e-mail: info@ro35.fss.ru, r35.fss.ru

Приложение № 5
к приказу
Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25.01.2017 № 9

Форма 5

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

от 17.08.2022 (дата) № 35002250004602

В соответствии с решением
заместителя управляющего отделением
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
Государственного учреждения - Вологодского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа страховщика)
Андреевой Светланы Васильевны
(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
о проведении выездной проверки от 15.08.2022 (дата) № 35002250004601
консультантом-ревизором - Тюкачевой Ольгой Анатольевной (ГУ-Вологодское РО ФСС РФ)
(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)

(наименование территориального органа страховщика, 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
ФОНД КАПИТАЛЬНОГО РЕМОНТА МНОГОКВАРТИРНЫХ ДОМОВ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ,
(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	3500519706 ,
Код подчиненности	35001 ,
ИНН	3525300835 ,
КПП	352501001 ,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	160013,РФ, ВОЛОГОДСКАЯ обл., г. ВОЛОГДА, КОНЕВА УЛ, ДОМ 15 ,

за период с 01.01.2019 по 31.12.2021 .

(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:
проверка начата 15.08.2022,
(дата)
проверка окончена 17.08.2022.
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Консультант-ревизор (должность) (подпись) Тюкачева Ольга Анатольевна (Ф.И.О.)

17.08.2022
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил

и.о. директора Волкова Ольга Юрьевна
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения)

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

(подпись) 17.08.2022г
(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 страхователь (его уполномоченный представитель) уклоняется от получения справки о проведенной проверке, указанная справка направляется страхователю по почте заказным письмом и считается полученной по истечении шести дней со дня направления заказного письма.

Государственное учреждение - Вологодское региональное отделение
Фонда социального страхования Российской Федерации
160001, Вологодская область, г.Вологда, пр-кт Победы, д.33
тел. (8172) 72-03-04, факс (8172) 72-79-22
e-mail: info@ro35.fss.ru, r35.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к приказу Фонда социального страхования Российской Федерации
от 27.12.2021 г. № 594
Форма

Решение
о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

от 15.08.2022 (дата) № 35002280004591

В соответствии с частью 1 статьи 4^7 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» 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»[1]

заместитель управляющего отделением
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Государственного учреждения - Вологодского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Андреева Светлана Васильевна
(фамилия, имя, отчество (при наличии)

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая, ~~повторная~~, ~~в связи с ликвидацией (реорганизацией), в связи с поступлением жалобы от застрахованного лица, а также в случае неподтверждения сведений, представленных страхователем или застрахованным лицом, государственными органами, органами государственных внебюджетных фондов, органами местного самоуправления либо подведомственными государственным органам или органам местного самоуправления организациями~~) (ненужное зачеркнуть) полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

ФОНД КАПИТАЛЬНОГО РЕМОНТА МНОГОКВАРТИРНЫХ ДОМОВ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ
(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации — 3500519706,
Код подчиненности — 35001,
ИНН — 3525300835,
КПП — 352501001,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица — 160013, РФ, ВОЛОГОДСКАЯ обл., г. ВОЛОГДА, КОНЕВА УЛ, ДОМ 15,

за период с 01.01.2019 (дата) по 31.12.2021 (дата).

[1] Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2021, № 18, ст. 3070

2. Поручить проведение выездной проверки

консультанту-ревизору - Тюкачевой Ольге Анатольевне

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Государственного учреждения - Вологодского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Заместитель управляющего отделением		С.В. Андреева
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии)

Место печати территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

С решением о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение ознакомлен

и.о. директора Волохов Олег Юрьевич

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения)

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

(подпись)

15.08.2022г

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Государственное учреждение -
Вологодское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации**

пр. Победы, 33, г. Вологда, 160001
Тел.(817-2) 72-03-04 / факс (817-2) 72-79-22
E–mail: info@ro35.fss.ru; www.r.35.fss.ru

Акт выездной проверки

от 17.08.2022 г. № 35002280004593
(дата)

Мною, Тюкачевой Ольгой Анатольевной - консультантом - ревизором Государственного учреждения - Вологодского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации[1], на основании решения заместителя управляющего ГУ-ВРО ФСС РФ Андреевой С.В. от 15.08.2022 г. № 35002280004591 проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

ФОНД КАПИТАЛЬНОГО РЕМОНТА МНОГОКВАРТИРНЫХ ДОМОВ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ[2], (ФОНД КАПИТАЛЬНОГО РЕМОНТА МКД ВО)

(полное и сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации	3500519706
Код подчиненности	35001
ИНН	3525300835
КПП	352501001
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	160013, РФ, ВОЛОГОДСКАЯ обл., г. ВОЛОГДА, КОНЕВА УЛ, ДОМ 15

за период с 01.01.2019 г. по 31.12.2021 г.

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 4.7 Федерального закона от 29.12.2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (далее - Федеральный закон от 29.12.2006 г. № 255-ФЗ), статьей 26.16 Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

1. Место проведения выездной проверки: 162013, г. ВОЛОГДА, КОНЕВА УЛ, ДОМ 15
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориальное органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

2. Выездная проверка начата 15.08.2022 г., окончена 17.08.2022 г.
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением
должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)
\- от - № -
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)
выездная проверка была приостановлена с -.
(дата)

4. В соответствии с решением
должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)
\- от - № -
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)
выездная проверка была возобновлена с -.
(дата)

[1]Далее по тексту - ГУ-ВРО ФСС РФ или отделение Фонда;
[2]далее по тексту – ФОНД КАПИТАЛЬНОГО РЕМОНТА МКД ВО или страхователь.

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

Директор	Михельсон Игорь Владимирович
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии)
Главный бухгалтер	Милкова Галина Вениаминовна
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии)

6. Выездная проверка проведена:
сплошным методом проверки представленных следующих сведений и документов:
единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности (6 получателей, 6 выплат):
- заявления застрахованных лиц о выплате пособия;
- трудовые книжки;
- трудовые договоры;
- справки о постановке на учет в ранние сроки беременности;
единовременного пособия при рождении ребенка (7 получателей, 7 выплат):
- заявления застрахованных лиц о выплате пособия;
- трудовые книжки;
- трудовые договоры;
- справки о рождении ребенка, выданная органом ЗАГС;
- справки с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось и не выплачивалось;
выборочным методом проверки представленных следующих сведений и документов:
по временной нетрудоспособности (из 149 листков нетрудоспособности правильность оформления и выдачи проверена по 134 листкам нетрудоспособности, исчисление пособия проверено по 23 листкам нетрудоспособности):
-листки нетрудоспособности с расчетами;
-заявления застрахованных лиц о выплате пособия по временной нетрудоспособности;
-трудовые книжки;
-приказы по личному составу;
-карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов;
-расчетные листки;
-табели учета использования рабочего времени;
-справки о сумме заработной платы, иных выплат и вознаграждений, на которую были начислены страховые взносы на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, за два календарных года, предшествующих году прекращения работы (службы, иной деятельности) или году обращения за справкой, и текущий календарный год;
по беременности и родам (из 7 листков нетрудоспособности правильность оформления и выдачи проверена по 5 листкам нетрудоспособности, исчисление пособия проверено по 4 листкам нетрудоспособности):
-листки нетрудоспособности с расчетами;
-заявления застрахованных лиц о выплате пособия по временной нетрудоспособности;
-трудовые книжки;
-приказы по личному составу;
-карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов;
-расчетные листки;
-табели учета использования рабочего времени;
-справки о сумме заработной платы, иных выплат и вознаграждений, на которую были начислены страховые взносы на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством, за два календарных года, предшествующих году прекращения работы (службы, иной деятельности) или году обращения за справкой, и текущий календарный год;
ежемесячного пособия по уходу за ребенком (из 11 получателей (147 выплат) по 5 получателям (84 выплаты) назначение и исчисление пособия проверено сплошным порядком):
- заявления застрахованных лица о выплате пособия;
- трудовые книжки;
- трудовые договоры;
- приказы о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком;
- копии свидетельств о рождении ребенка, за которыми осуществляется уход;

- копии свидетельств о рождении предыдущих детей;
- справки с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось и не выплачивалось;
- карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов;
- расчетные листки;
- табели учета использования рабочего времени.

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие сведения и документы:
сведения и документы представлены страхователем в полном объеме.

(указываются виды непредставленных сведений и документов и при необходимости перечень конкретных сведений и документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____-_____ по _____-_____,
(дата) (дата)
акт выездной проверки от _____ № _____.
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

(устранены/не устранены (в случае неустранения нарушений-указывается их существо)

10. Настоящей проверкой установлено:
10.1. Начислены и выплачены пособия ФОНД КАПИТАЛЬНОГО РЕМОНТА МКД ВО на сумму 4326390,32 руб., в т.ч.:
Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 1268701,39 руб.;
Пособие по беременности и родам на сумму 956729,20 руб.;
Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 4568,08 руб.;
Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 143124,03 руб.;
Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 1953267,62 руб.

В ходе выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение нарушений не выявлено.

(указываются конкретные нарушения со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:
11.1. Отказать в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме **0,00 рублей**, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма отказа в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях)
-	0,00

11.2. Отменить решение о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме **0,00 рублей**, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма по отмененному решению о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях)
-	0,00

11.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и (или) документов либо сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения, на исчисление размера страхового обеспечения или на возмещение расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение, в сумме **0,00 рублей**, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)
-	0,00

Приложение: на _-_ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих), страхователь вправе представить в течение 15 рабочих дней со дня получения настоящего акта в Государственное учреждение - Вологодское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации 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 копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подпись должностного лица
ГУ-ВРО ФСС РФ,
проводившего проверку: _____ Тюкачева О.А.

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии)

Подпись руководителя организации
(обособленного подразделения) с
указанием должности,
(их уполномоченных представителей) _____ Волков О.Ю.

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии)

Место печати (при наличии)
страхователя

Экземпляр настоящего акта с ____-____ приложениями на ___2___ листах получил:

(количество)

и.о. директора Волков Олег Юрьевич

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения) или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

_____ 17.08.2022г

(подпись) (дата)

_____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения) или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

_____ _____

(подпись лица, проводившего проверку) (дата)

Государственное учреждение - Вологодское региональное отделение
Фонда социального страхования Российской Федерации
160001, Вологодская область, г.Вологда, пр-кт Победы, д.33
тел. (8172) 72-03-04, факс (8172) 72-79-22
e-mail: info@ro35.fss.ru, r35.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к приказу Фонда социального страхования Российской Федерации
от 27.12.2021 г. № 594

Форма

Справка
о проведенной выездной проверке полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

от 17.08.2022 (дата) № 35002280004592

В соответствии с решением

заместителя управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Государственного учреждения - Вологодского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Андреевой Светланы Васильевны

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение (далее - выездная проверка) от 15.08.2022 № 35002280004591

консультантом-ревизором - Тюкачевой Ольгой Анатольевной (ГУ-Вологодское РО ФСС РФ),

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших проверку)

Государственного учреждения - Вологодского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка страхователя

ФОНД КАПИТАЛЬНОГО РЕМОНТА МНОГОКВАРТИРНЫХ ДОМОВ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ ,

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации	3500519706 ,
Код подчиненности	35001 ,
ИНН	3525300835 ,
КПП	352501001 ,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	160013, РФ, ВОЛОГОДСКАЯ обл., г. ВОЛОГДА, КОНЕВА УЛ, ДОМ 15 ,

за период с 01.01.2019 (дата) по 31.12.2021 (дата).

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 15.08.2022 (дата),

проверка окончена 17.08.2022 (дата).

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, проводивших выездную проверку:

Консультант-ревизор (должность) _____ (подпись) Тюкачева Ольга Анатольевна (фамилия, имя, отчество (при наличии)

17.08.2022 (дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил

и.о. директора Волков Олег Юрьевич

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения)

_____

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

_____ (подпись) 17.08.2022г (дата)

Место печати (при наличии) страхователя

_____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

_____ (подпись) _____ (дата)

Государственное учреждение - Вологодское региональное отделение
Фонда социального страхования Российской Федерации
160001, Вологодская область, г.Вологда, пр-кт Победы, д.33
тел. (8172) 72-03-04, факс (8172) 72-79-22
e-mail: info@ro35.fss.ru, r35.fss.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

к приказу Фонда социального страхования Российской Федерации от 27.12.2021 г. № 593

Форма 1

Решение
о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами

от 15.08.2022 (дата) № 35002270002391

В соответствии со статьей 26[16] Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»[1]

заместитель управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Государственного учреждения - Вологодского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Андреева Светлана Васильевна

(фамилия, имя, отчество (при наличии)

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая, ~~повторная~~, ~~в связи с ликвидацией (реорганизацией), в связи с поступлением жалобы от застрахованного лица, а также в случае неподтверждения сведений, представленных страхователем или застрахованным лицом, государственными органами, органами государственных внебюджетных фондов, органами местного самоуправления либо подведомственными государственным органам или органам местного самоуправления организациями~~) (ненужное зачеркнуть) полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами страхователя

ФОНД КАПИТАЛЬНОГО РЕМОНТА МНОГОКВАРТИРНЫХ ДОМОВ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ (ФОНД КАПИТАЛЬНОГО РЕМОНТА МКД ВО)

(полное и сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации 3500519706 ,
Код подчиненности 35001 ,
ИНН 3525300835 ,
КПП 352501001 ,

[1] Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2021, № 18, ст. 3070

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица — 160013, РФ, ВОЛОГОДСКАЯ обл., г. ВОЛОГДА, КОНЕВА УЛ, ДОМ 15 ,

за период с 01.01.2019 (дата) по 31.12.2021 (дата) .

2. Поручить проведение выездной проверки

консультанту-ревизору - Тюкачевой Ольге Анатольевне

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Государственного учреждения - Вологодского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Заместитель управляющего отделением		С.В. Андреева
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии)

Место печати территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации

С решением о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами ознакомлен

и.о. директора Волосов Олег Юрьевич

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения)

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

(подпись)

15.08.2022г

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

**Государственное учреждение -
Вологодское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации**

160001, Вологодская область, г.Вологда, пр-кт Победы, д.33
тел. (8172) 72-03-04, факс (8172) 72-79-22
e-mail: info@ro35.fss.ru, r35.fss.ru

Акт выездной проверки

от 17.08.2022 г. **№ 35002270002393**

Мною, Тюкачевой Ольгой Анатольевной — консультантом - ревизором Государственного учреждения - Вологодского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации[1], на основании решения заместителя управляющего ГУ-ВРО ФСС РФ Андреевой С.В. От 15.08.2022 г. № **35002270002391** проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами страхователя

ФОНД КАПИТАЛЬНОГО РЕМОНТА МНОГОКВАРТИРНЫХ ДОМОВ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ[2], (ФОНД КАПИТАЛЬНОГО РЕМОНТА МКД ВО)

(полное и сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации	3500519706
Код подчиненности	35001
ИНН	3525300835
КПП	352501001
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	160013, РФ, ВОЛОГОДСКАЯ обл., г. ВОЛОГДА, КОНЕВА УЛ, ДОМ 15

за период с 01.01.2019 г. по 31.12.2021г.

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

1. Место проведения выездной проверки: 162013, г. ВОЛОГДА, КОНЕВА УЛ, ДОМ 15
(территория проверяемого лица либо место нахождения территориальное органа Фонда социального страхования Российской

2. Выездная проверка начата 15.08.2022 г., окончена 17.08.2022 г.
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

\- от - № -
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

выездная проверка была приостановлена с -.
(дата)

4. В соответствии с решением

должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

\- от - № -
(фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)

выездная проверка была возобновлена с -.
(дата)

[1]Далее по тексту - ГУ-ВРО ФСС РФ или отделение Фонда;

[2]далее по тексту – ФОНД КАПИТАЛЬНОГО РЕМОНТА МКД ВО или страхователь.

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

Директор	Михельсон Игорь Владимирович
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии)
Главный бухгалтер	Милкова Галина Вениаминовна
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии)

6. Выездная проверка проведена **выборочным** методом проверки представленных следующих сведений и документов:

- финансирование предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний (в 2020 г. - 2987,00 руб. - проведение специальной оценки условий труда (далее по тексту СОУТ):
- заявления страхователя;
- планы финансового обеспечения;
- приказ ГУ - ВРО ФСС РФ от 09.10.2020 г. №921-Ф;
- отчет об использовании сумм страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний на финансовое обеспечение предупредительных мер по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников;
- перечень рабочих мест, на которых проводилась СОУТ;
- договор на проведение работ по специальной оценки условий труда;
- заключение эксперта по результатам СОУТ;
- сводные ведомости результатов проведения СОУТ;
- платежные документы;

-по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве (1 листок нетрудоспособности):

- расчет к листку нетрудоспособности;
-материалы расследования несчастного случая на производстве;
- трудовая книжка;
- карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов;
- расчетные листки;
- табели учета использования рабочего времени.

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

сведения и документы представлены страхователем в полном объеме.

(указываются виды непредставленных сведений и документов и при необходимости перечень конкретных сведений и документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____-_____ по _____-_____,
(дата) (дата)

акт выездной проверки от _____-_____ № _____-_____.
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

(устранены/не устранены (в случае неустранения нарушений-указывается их существо)

10. Настоящей проверкой установлено:

В ходе выездной проверки проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами нарушений не выявлено.

(указываются конкретные нарушения со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:
11.1. Отказать в назначении и выплате обеспечения по страхованию в сумме **0,00 рублей**, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма отказа в назначении и выплате обеспечения по страхованию) (в рублях)
-	0,00

11.2. Отменить решение о назначении и выплате обеспечения по страхованию в сумме **0,00 рублей**, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма по отмененному решению о назначении и выплате обеспечения по страхованию (в рублях)
-	0,00

11.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и (или) документов сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным (лицом, имеющим право на получение страховых выплат в случае смерти застрахованного) обеспечения по страхованию или на исчисление его размера в сумме **0,00 рублей**, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)
-	0,00

Приложение: на _-_ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих), страхователь вправе представить в течение 15 рабочих дней со дня получения настоящего акта в Государственное учреждение - Вологодское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации 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 копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подпись должностного лица
ГУ-ВРО ФСС РФ,
проводившего проверку: _____ (подпись) Тюкачева О.А. (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Подпись руководителя организации
(обособленного подразделения) с
указанием должности,
(их уполномоченных представителей) _____ (подпись) Волков О.Ю. (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати (при наличии)
страхователя

Экземпляр настоящего акта с _____-_____ приложениями на _2_ листах получил:
(количество)

и.о. директора Волков Олег Юрьевич
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения) или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

_____ (подпись) 17.08.2022г (дата)

_____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения) или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

_____ (подпись лица, проводившего проверку) _____ (дата)

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации 3500519706 ,

Код подчиненности 35001 ,

ИНН 3525300835 ,

КПП 352501001 ,

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица 160013, РФ, ВОЛОГОДСКАЯ обл., г. ВОЛОГДА, КОНЕВА УЛ, ДОМ 15 ,

за период с 01.01.2019 (дата) по 31.12.2021 (дата) .

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 15.08.2022 (дата) ,

проверка окончена 17.08.2022 (дата) .

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, проводивших выездную проверку:

Консультант-ревизор (должность) _____ (подпись) Тюкачева Ольга Анатольевна (фамилия, имя, отчество (при наличии)

17.08.2022 (дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил

и.о. директора Волков Олег Юрьевич

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения)

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

_____ (подпись) 17.08.2022г (дата)

Место печати (при наличии) страхователя

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

_____ (подпись) _____ (дата)