

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

183050, Мурманская область, г.Мурманск, пр-кт
Кольский, д.156

тел. (8152) 580000, факс (8152) 580058

e-mail: info@ro51.fss.ru, r51.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 26.10.2021
(дата)

№ 51002150003511

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-Мурманского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Трунова Елена Юрьевна

(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 ОБЛАСТНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ
И ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, "МУРМАШИНСКИЙ ЦЕНТР
ПОМОЩИ ДЕТЯМ, ОСТАВШИМСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ, "ЖУРАВУШКА"
(ГОБУ "МЦПД "ЖУРАВУШКА")

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

5101051279 ,

Код подчиненности

51001 ,

ИНН

5105030724 ,

КПП

510501001 ,

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

184358, ОБЛАСТЬ МУРМАНСКАЯ,
РАЙОН КОЛЬСКИЙ, ПОСЕЛОК
ГОРОДСКОГО ТИПА МУРМАШИ,
УЛИЦА МОЛОДЕЖНАЯ, ДОМ 1А ,

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 01.01.2018 по 31.12.2020
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

ведущему специалисту-ревизору - Волковой Ирине Николаевне (ГУ-Мурманское РО ФСС
РФ)

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

Государственного учреждения-Мурманского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

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

(подпись)

Е.Ю. Трунова
(Ф.И.О.)

Место печати территориального
органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

Директор Мельникова Татьяна Александровна
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))

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

(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя