

Социальный фонд России
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМУ
АВТОНОМНОМУ ОКРУГУ - ЮГРЕ
(ОСФР ПО ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМУ
АВТОНОМНОМУ ОКРУГУ - ЮГРЕ)

628011, Ханты-Мансийский автономный округ - Югра,
Ханты-Мансийск город. Мира улица, дом 34
Телефон 8 (3467) 39-30-13 Факс (3467) 37-19-59
E-mail: 1306@027.pfr.ru sfr.gov.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 17.07.2023
(дата)

№ 86002350000181

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 начальника отдела проверок управления организации администрирования
страховых взносов

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМУ АВТОНОМНОМУ ОКРУГУ
- ЮГРЕ

(наименование территориального органа страховщика)

Шипунов Антон Сергеевич

(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

БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА -
ЮГРЫ "ХАНТЫ-МАНСИЙСКИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР" (БУ "ХАНТЫ-
МАНСИЙСКИЙ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР")

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>8600001640</u>
Код подчиненности	<u>86001</u>
ИНН	<u>8601016183</u>
КПП	<u>860101001</u>

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

628001, АО ХАНТЫ-МАНСИЙСКИЙ АУТОНОМНЫЙ ОКРУГ - ЮГРА, Г ХАНТЫ-МАНСИЙСК, УЛ ОБЪЕЗДНАЯ, ЗД. 59, СТР. 1

в соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. N 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 01.01.2020 по 31.12.2022
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

главному специалисту - Прокудиной Наталье Геннадьевне

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

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМУ АУТОНОМНОМУ ОКРУГУ
- ЮГРЕ**

(наименование территориального органа страховщика)

Заместитель начальника отдела проверок
Управления организации администрирования
страховых взносов

(должность, Ф.И.О. лица (заместителя руководителя)
территориального органа страховщика)


(подпись)

А.С. Шиунов


(Ф.И.О.)

Место печати территориального
органа страховщика

Событием о проведении выездной проверки ознакомлен.


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

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


(подпись) 17.07.2023.
(дата)

Место печати (при наличии) страхователя