

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственное учреждение-
Свердловское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

Филиал № 15

ул. Айвазовского 53А Екатеринбург 620144
Тел. (343)266-59-10 факс (343)266-59-08
E-mail: fil_15@ro66.fss.ru

Приложение № 7
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 11.01.2016 г. № 2

Форма 9 - ФСС

Решение
о проведении выездной проверки

от 20.02. 2019 г.

№ 85

В соответствии со статьей 20 Федерального закона 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 и медицинское страхование", 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" (далее – Федеральный закон от 24.07.2009 № 212-ФЗ) директор филиала № 15 Государственного учреждения - Свердловского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации Г.Л. Булдакова

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 на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации плательщиком страховых взносов МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КУЛЬТУРЫ "КАШИНСКИЙ ДОМ КУЛЬТУРЫ" / МБУК "КАШИНСКИЙ ДК"

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

регистрационный номер в органе контроля за
уплатой страховых взносов

6604500734

код подчиненности

66151

ИНН

6652015120

КПП

668501001

адрес места нахождения организации

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

624021, ЛЕНИНА УЛ, д. 47, КАШИНО С,
СЫСЕРТСКИЙ Р-Н, СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛ

Проверка проводится на основании статьи 35 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ; пп.1 п. 1 ст.4.2 Закона № 255-ФЗ "Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством"

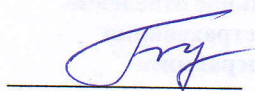
(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 35 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ в случае проведения повторной выездной проверки: "в соответствии с пунктом 1 части 26 статьи 35 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ в порядке контроля вышестоящим органом контроля за деятельностью органа контроля за уплатой страховых взносов, проводившего проверку (указывается наименование органа контроля, проводившего проверку)" или "в соответствии с пунктом 2 части 26 статьи 35 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ в случае представления плательщиком страховых взносов уточненного расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам, в котором указана сумма страховых взносов в размере, меньшем ранее заявленного")

за период с 01.01.2016 по 31.12.2016

2. Поручить проведение выездной проверки Власовой Марине Сергеевне - Главный специалист-ревизор .

(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)

Директор филиала

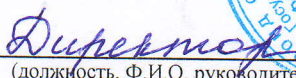
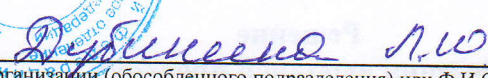


Г.Л. Булдакова

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)

20.02.2019

(дата)

Место печати (при наличии) плательщика страховых взносов

