

ФСС

Филиал № 5

Государственного учреждения - Воронежского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
пр. Ленина, 45А г.Лиски, Воронежская область, РФ, 397904
Тел. (факс) 8-47391- 2-42-43. e-mail: filial05@ro36.fss.ru

А К Т

камеральной проверки правильности расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством

28.03.2017

(дата)

№ 355

Долгополова Анна Ивановна - главный специалист Филиала № 5 Государственного учреждения -

(Ф.И.О., должность, лица, проводившего проверку)

- Воронежского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

провела камеральную проверку правильности расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством страхователя

КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ «ЛИСКИНСКИЙ СОЦИАЛЬНЫЙ ПРИЮТ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ»

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика

3614000698

Код подчиненности

36051

ИНН

3652006265

КПП

365201001

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица

397900, ул.40 лет Октября, д.9, г. Лиски, Лискинский район, Воронежская область

Камеральная проверка проведена 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, ст. 26¹⁵ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»² и иными нормативными правовыми актами по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

1. Общие положения

1.1. Проверка проведена с 28.03.2017г по 28.03.2017г

1.2. Настоящая проверка проведена на основе расчета (уточненного расчета) по страховым взносам (далее – расчет), сведений о расходах на выплату страхового обеспечения, содержащихся в расчете, за период с 01.10.2016 по 31.12.2016 и следующих документов:

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

Филиал № 5 Государственного учреждения - Воронежского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

по адресу: 397904, РФ, Воронежская обл., г.Лиски, пр. Ленина, д. 45а

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 в установленном порядке копии), подтверждающие обоснованность своих возражений. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день, начиная с даты отправки заказного письма.

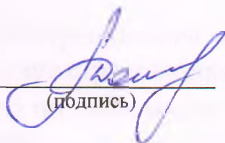
Подпись должностного лица
территориального органа страховщика,
проводившего проверку

Подпись руководителя организации
(обособленного подразделения),
индивидуального предпринимателя,
физического лица (их уполномоченного
представителя)

Главный специалист филиала № 5
Государственного учреждения – Воронежского
регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации
(должность, наименование территориального органа страховщика)

ДИРЕКТОР КАЗЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ
«ЛИСКИНСКИЙ СОЦИАЛЬНЫЙ ПРИЮТ
ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ»

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



(подпись)

Долгополова А.И.

(Ф.И.О.)



Голубцова А.М.

(Ф.И.О.)

Экземпляр настоящего акта с

(кол-во
приложений)

приложениями на 3 листах получил.

Директор КУ ВО «Лискинский СПДП» Голубцова Анна Матвеевна

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

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



28.03.2017г

(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется⁸.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
камеральную проверку)

(дата)

Примечание.

Акт камеральной проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен страхователю, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченному представителю), лично под расписку, направлен по почте заказным письмом или передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления указанного акта по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней с даты отправления заказного письма.

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