

Государственное учреждение - Ивановское региональное
отделение Фонда социального страхования Российской
Федерации

153012, г.Иваново, ул.Суворова, д.39

тел. 8(4932)930003

e-mail: info@ro37.fss.ru, www.fssivanovo.ru

Приложение № 8
к приказу
Фонда социального страхования
Российской Федерации
от 25.01.2017 № 9

Форма 7

Акт выездной проверки

от 04.10.2021
(дата)

№ 37002150004114

Дубова Нина Николаевна - Главный специалист-ревизор, Шумаева Надежда
Нами (мною), Николаевна - Главный специалист-ревизор

(Ф.И.О.¹ лиц, проводивших выездную проверку,
с указанием должностей и руководителя группы)

Государственного учреждения - Ивановского регионального отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проверке)
проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты
(перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на
производстве и профессиональных заболеваний (далее - страховые взносы) в Фонд социального
страхования Российской Федерации (далее - Фонд), по установленному законодательством Российской
Федерации тарифу с учетом установленной территориальным органом страховщика скидки (надбавки), а
также правомерности произведенных расходов страхователем на выплату страхового обеспечения
страхователем

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ "ПЛЕССКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИСТОРИКО-АРХИТЕКТУРНЫЙ И ХУДОЖЕСТВЕННЫЙ МУЗЕЙ-
ЗАПОВЕДНИК"

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О.)

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

3717000054

Код подчиненности

37001

ИНН ³

3719002080

КПП ⁴

371901001

Адрес места нахождения организации

(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального
предпринимателя, физического лица

155555, ОБЛАСТЬ ИВАНОВСКАЯ, РАЙОН

ПРИВОЛЖСКИЙ, ГОРОД ПЛЕС, УЛИЦА СОБОРНАЯ
ГОРА, 1

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020
(дата) (дата)

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионально го риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2018	91.02	1	0.2	Нет
2019	91.02	1	0.2	Нет
2020	91.02	1	0.2	Нет

Выездная проверка проведена 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).

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, ОБЛАСТЬ ИВАНОВСКАЯ, РАЙОН ПРИВОЛЖСКИЙ, ГОРОД ПЛЕС, УЛИЦА
СОБОРНАЯ ГОРА, 1

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 27.09.2021 (дата) окончена 01.10.2021 (дата).

3. В соответствии с решением ⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

____ от ____ № ____
(Ф.И.О.) (дата)
выездная проверка была приостановлена с ____
(дата)

4. В соответствии с решением ⁵

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

____ от ____ № ____
(Ф.И.О.) (дата)
выездная проверка была возобновлена с ____
(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения) ⁶ в проверяемом периоде являлись:

<u>ДИРЕКТОР</u>	<u>ЧАЯНОВА АЛЛА ВАЛЕРЬЕВНА</u>	✓
(наименование должности)	(Ф.И.О.)	
<u>Главный бухгалтер</u>	<u>Стороверова Елена Николаевна</u>	✓
(наименование должности)	(Ф.И.О.)	

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки
(сплошным, выборочным)

представленных следующих документов:

Документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами, Карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат (иных вознаграждений) и страховых взносов, Оборотно-сальдовая ведомость по счетам, связанным с начислением и уплатой страховых взносов, Отчет о проведении специальной оценки условий труда, Приказы по организации работ, выплате заработной платы, премий, материальной помощи или иных вознаграждений, Расчеты, платежные ведомости по выплате денежных средств работникам, Сводные ведомости, Документы, подтверждающие проведение специальной оценки условий труда, Документы, подтверждающие расходы страхователя на предупредительные меры указанные в отчетности по Форме 4-ФСС, Заявление о подтверждении основного вида деятельности, Копия пояснительной записки к бухгалтерскому балансу за предыдущий год, Документы, подтверждающие заявленный тариф.

(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

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

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с 07.09.2017 по 08.09.2017,
(дата) (дата)

Акт выездной проверки от 11.09.2017 № 546 ⁸.
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения
устранены

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

10. Настоящей проверкой установлено: За 2018г в целях предупредительных мер по сокращению производственного травматизма были приобретены аптечки для оказания первой медицинской помощи (Приказ Минздравсоцразвития № 169-н от 05.03.2011г.) в количестве 15 штук на сумму 21421,35 рублей.

Специальная оценка труда на предприятии в проверяемом периоде проведена в 2020 г. на 12 рабочих местах. Количество рабочих мест с вредными и опасными условиями труда - 0. Заключение эксперта №2336/2019/СОУТ-ЗЭ от 29.05.2020 г. (ФЗ №426-ФЗ "О специальной оценке условий труда" от 28.12.2013г.).

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

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов в Фонд: ⁹
не выявлены.

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
---------------------	---

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила: ⁹

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

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия): ⁹
не выявлена.

(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: ⁹
нарушений не выявлено.

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма непринятых к зачету расходов (в рублях)
---------------------	---

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): ⁹

Период	Установленный срок предоставления расчета	Расчет представлен/не представлен
--------	---	-----------------------------------

не выявлено.

10.1.5. другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний: ⁹
не выявлены.

(приводятся документы, подтверждающие факты 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 с **ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ "ПЛЕССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИСТОРИКО-АРХИТЕКТУРНЫЙ И ХУДОЖЕСТВЕННЫЙ МУЗЕЙ-ЗАПОВЕДНИК"**

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2018 - 31.12.2020
(период)

в размере 0,00 руб.; ⁹

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд

в сумме 0,00 рублей. ⁹

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 0,00 руб.;⁹
11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;⁹
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 **ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ
"ПЛЕССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИСТОРИКО-АРХИТЕКТУРНЫЙ И
ХУДОЖЕСТВЕННЫЙ МУЗЕЙ-ЗАПОВЕДНИК"**

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

к ответственности, предусмотренной: 11.4.1. пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

11.4.2. пунктом _____ статьи _____ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

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 дней со дня получения настоящего акта в

Государственное учреждение - Ивановское региональное отделение Фонда социального страхования
Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

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.

Подписи должностных лиц
территориального органа страховщика,
проводивших проверку

(подпись)

Дубова Нина
Николаевна

(Ф.И.О.)

(подпись)

Шумаева Надежда
Николаевна

(Ф.И.О.)

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

(должность)

(подпись)

(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии) страхователя



Экземпляр настоящего акта с _____ приложениями на _____ листах получил
(количество приложений)

директор А.В. Заленов

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

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

Заленов

(подпись)

04.10.2021

(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется.¹⁰

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

Примечание.

Акт проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен лицу, 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 акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.¹¹

¹ Отчество указывается при наличии.

² Указывается при наличии руководителя группы.

³ Идентификационный номер налогоплательщика.

⁴ Код причины постановки на учет в налоговом органе.

⁵ Заполняется при наличии соответствующего решения.

⁶ Заполняется для организаций.

⁷ Заполняется в случае непредставления документов.

⁸ Заполняется в случае ранее проведенной проверки.

⁹ Заполняется в случае выявления нарушения законодательства Российской Федерации.

¹⁰ Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.

¹¹ Пункт 4 статьи 26.19 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний".

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

153012, г.Иваново, ул.Суворова, д.39

тел. 8(4932)930003

e-mail: info@ro37.fss.ru, www.fssivanovo.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 21 апреля 2021 № 143
Форма 1

Решение

**о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых
страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты
страхового обеспечения**

от 27.09.2021
(дата)

№ 37002180004111

В соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» на основании ежегодного плана-графика (плана) выездных проверок страхователей
заместитель управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - Ивановского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Косарева Наталья Владимировна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая , ~~повторная~~ , ~~в связи с ликвидацией (реорганизацией)~~ , ~~по жалобе~~ (ненужное зачеркнуть) полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения страхователя

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ
"ПЛЕССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИСТОРИКО-АРХИТЕКТУРНЫЙ И
ХУДОЖЕСТВЕННЫЙ МУЗЕЙ-ЗАПОВЕДНИК" ("ПЛЕССКИЙ МУЗЕЙ-ЗАПОВЕДНИК")**

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

3717000054 ,

Код подчиненности

37001 ,

ИНН

3719002080 ,

КПП

371901001 ,

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

155555, ОБЛАСТЬ ИВАНОВСКАЯ,
РАЙОН ПРИВОЛЖСКИЙ, ГОРОД
ПЛЕС, УЛИЦА СОБОРНАЯ ГОРА, 1 ,

за период с 01.07.2019 по 31.12.2020
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки
главному специалисту-ревизору - Шумаевой Надежде Николаевне (ГУ-Ивановское РО ФСС
РФ), главному специалисту-ревизору - Дубовой Нине Николаевне (руководитель проверяющей
группы) (ГУ-Ивановское РО ФСС РФ)

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием
руководителя проверяющей группы территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - Ивановского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

заместитель управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя)
территориального органа страховщика)

(подпись)

Н.В. Косарева

(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати территориального
органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

директор А.В. Чалюк

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

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



(подпись)

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 2447685427937362471619347305277685762

Владелец ГУ - Ивановское РО ФСС РФ

Действителен с 23.06.2021 по 23.06.2022

Государственное учреждение - Ивановское
региональное отделение Фонда социального
страхования Российской Федерации

153012, г.Иваново, ул.Суворова, д.39
тел. 8(4932)930003
e-mail: info@ro37.fss.ru, www.fssivanovo.ru

Страхователь:

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ "ПЛЕССКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИСТОРИКО-АРХИТЕКТУРНЫЙ И ХУДОЖЕСТВЕННЫЙ МУЗЕЙ-ЗАПОВЕДНИК"
("ПЛЕССКИЙ МУЗЕЙ-ЗАПОВЕДНИК")

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

регистрационный номер в территориальном органе страховщика	3717000054
Код подчиненности	37001
ИНН	3719002080
КПП	371901001
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	155555, ОБЛАСТЬ ИВАНОВСКАЯ, РАЙОН ПРИВОЛЖСКИЙ, ГОРОД ПЛЕС, УЛИЦА СОБОРНАЯ ГОРА, 1

Требование о представлении сведений и документов

от 27.09.2021
(дата)

№ 37002180004112

В соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», статьей 26.18 Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» страхователю необходимо представить в течение 10 рабочих дней со дня вручения настоящего требования, следующие необходимые для проверки сведения и документы:

- 1) Документы, определяющие систему оплаты труда, установленную страхователем ("Положение об оплате труда", "Положение о премировании", "Коллективный договор", штатное расписание, приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, определяющие систему оплаты труда страхователя и влияющие на исчисление заработка застрахованного лица).
- 2) Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет).
- 3) Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия.
- 4) Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов.
- 5) Копия свидетельства о рождении предыдущего ребенка (детей) (в случае смерти предыдущего ребенка представляется копия свидетельства о смерти).
- 6) Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход.
- 7) Листок нетрудоспособности.

8) Листок нетрудоспособности (по беременности и родам).

9) Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком.

10) Прочие документы.

11) Сведения о сумме заработка застрахованного лица, из которого исчислено пособие (расчетные ведомости по заработной плате (по видам начислений и удержаний), лицевые счета или расчетные листки по заработной плате работников).

12) Справка о постановке на учет в ранние сроки беременности.

13) Справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС (иной документ в случае рождения ребенка за пределами территории Российской Федерации).

14) Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось.

(наименования, реквизиты, (номер, дата, период, к которому они относятся))

Истребуемые сведения и документы представляются в виде заверенных проверяемым лицом копий. Отказ проверяемого лица от представления запрашиваемых сведений и документов или непредставление их в установленные сроки признаются правонарушением и влекут ответственность, предусмотренную частью 4 статьи 15.33 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях.

В случае, если проверяемое лицо не имеет возможности представить истребуемые сведения и документы в течение 10 рабочих дней, это лицо в течение дня, следующего за днем получения требования о представлении сведений и документов, письменно уведомляет проверяющих должностных лиц территориального органа страховщика о невозможности представления в указанные сроки сведений и документов с указанием причин, по которым истребуемые сведения и документы не могут быть представлены в установленные сроки, и о сроках, в течение которых проверяемое лицо может представить истребуемые сведения и документы.

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводящих проверку:

главный специалист-ревизор

(должность)

главный специалист-ревизор

(должность)

(подпись)

(подпись)

Дубова Нина Николаевна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Шумаева Надежда Николаевна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Требование о представлении документов получил.

директор А.В. Заломов

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

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



27.09.2021

(дата)

Примечание.

Требование о представлении сведений и документов может быть передано руководителю организации (его законному или уполномоченному представителю) или физическому лицу (его законному или уполномоченному представителю) лично под расписку, направлено по почте заказным письмом или передано в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления указанного требования по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней с даты отправления заказного письма.

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**

Сертификат Простая электронная подпись

Владелец Пользователь

Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2021

Государственное учреждение - Ивановское
региональное отделение Фонда социального
страхования Российской Федерации

153012, г.Иваново, ул.Суворова, д.39

тел. 8(4932)930003

e-mail: info@ro37.fss.ru, www.fssivanovo.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 01.10.2021
(дата)

№ 37002150004113

В соответствии с решением

Заместителя управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - Ивановского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Косаревой Натальи Владимировны

(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

о проведении выездной проверки от 27.09.2021 № 37002150004111
(дата)

главным специалистом-ревизором - Дубовой Ниной Николаевной (ГУ-Ивановское РО ФСС
РФ), главным специалистом-ревизором - Шумаевой Надеждой Николаевной (руководитель
проверяющей группы) (ГУ-Ивановское 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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ "ПЛЕССКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИСТОРИКО-АРХИТЕКТУРНЫЙ И ХУДОЖЕСТВЕННЫЙ МУЗЕЙ-
ЗАПОВЕДНИК",

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

3717000054 ,

Код подчиненности

37001 ,

ИНН

3719002080 ,

КПП

371901001 ,

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

155555, ОБЛАСТЬ ИВАНОВСКАЯ,
РАЙОН ПРИВОЛЖСКИЙ, ГОРОД ПЛЕС,
УЛИЦА СОБОРНАЯ ГОРА, 1 ,

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020.
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:
проверка начата 27.09.2021,
(дата)
проверка окончена 01.10.2021.
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-ревизор
(должность)
Главный специалист-ревизор
(должность)

Жуко
(подпись)
Жуко
(подпись)

Дубова Нина Николаевна
(Ф.И.О.)
Шумаева Надежда Николаевна
(Ф.И.О.)

01.10.2021
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил

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

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



Шумаева
(подпись)
01.10.2021
(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.