

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 № 7
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 21 апреля 2021 № 143

Форма 7

Акт выездной проверки

от 04.10.2021
(дата)

№ 37002180004114

Шумаевой Надеждой Николаевной, главным специалистом-ревизором, Дубовой
Ниной Николаевной, главным специалистом-ревизором (руководитель проверяющей
группы)

Нами (мною),

(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и
руководителя проверяющей группы)

Государственного учреждения - Ивановского регионального отделения Фонда социального страхования
Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверки)
проведена выездная проверка 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)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г.
№ 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации».

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 окончена 01.10.2021 .

(дата)

(дата)

3. В соответствии с решением

_____ (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
 _____ от _____ № _____
 (фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)
 выездная проверка была приостановлена с _____
 (дата)

4. В соответствии с решением

_____ (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
 _____ от _____ № _____
 (фамилия, имя, отчество (при наличии)) (дата)
 выездная проверка была возобновлена с _____
 (дата)

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

	ЧАЯНОВА АЛЛА ВАЛЕРЬЕВНА
ДИРЕКТОР	
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
Главный бухгалтер	Стороверова Елена Николаевна
(наименование должности)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов:

- для пособий по временной нетрудоспособности: листок нетрудоспособности, заполненный в установленном порядке, с произведенным расчетом пособия;
- для пособия по беременности и родам: листок нетрудоспособности, заполненный в установленном порядке, с произведенным расчетом пособия, заявление и приказ на отпуск;
- для единовременного пособия женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности: справка из женской консультации либо другого медицинского учреждения, поставившего женщину на учет в ранние сроки беременности (до 12 недель).
- для единовременного пособия при рождении ребенка: заявление о назначении пособия; справка о рождении ребенка, выданная органами записи актов гражданского состояния (ф. 1 ЗАГСа); справка с места работы другого родителя (что пособие не выплачивалось) на дату наступления страхового случая;
- для ежемесячного пособия по уходу за ребенком: заявление о предоставлении отпуска по уходу за ребенком и о назначении пособия; свидетельство о рождении ребенка, за которым осуществляется уход; свидетельство о рождении предыдущего ребенка и его копию; справка с места работы отца ребенка о том, что он не использует отпуск по уходу за ребенком и не получает ежемесячного пособия по уходу за ребенком, расчет пособия.

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

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

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____

Акт выездной проверки от _____

_____ по _____ ,
 (дата) (дата)
 _____ № _____
 (дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

Предыдущей проверки не было.

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

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ "ПЛЕССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ИСТОРИКО-АРХИТЕКТУРНЫЙ И ХУДОЖЕСТВЕННЫЙ МУЗЕЙ-ЗАПОВЕДНИК" ("ПЛЕССКИЙ МУЗЕЙ-ЗАПОВЕДНИК") на сумму 2 784 247,49 руб., в том числе:

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 251 462,05 руб.;

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 2 167 939,00 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 309 352,68 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 53 487,97 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 2 005,79 руб.;

10.2. Территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации излишне понесены расходы в связи:

10.2.1.

10.2.2. В связи с осуществлением почтовых переводов для перечисления указанных пособий (оплат) через организацию федеральной почтовой связи застрахованным лицам в сумме 0,00 рублей.

10.2.3. В связи с удержанием и уплатой НДФЛ в сумме 0,00 рублей.

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

Возместить расходы, излишне понесенные страховщиком в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и документов или сокрытием сведений, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения либо на исчисление размера страхового в сумме 0 000,00 рублей, в том числе:

Период (месяц, год)	Сумма излишне понесенных расходов (в рублях)
---------------------	--

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.

Подпись должностного лица
территориального органа страховщика,
проводившего выездную проверку


(подпись)

Шумаева Надежда
Николаевна
(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Подпись должностного лица
территориального органа страховщика,
проводившего выездную проверку


(подпись)

Дубова Нина Николаевна
(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

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




(должность)


(подпись)

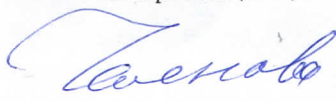
А.С. Зеленюк
(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя

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


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

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


(подпись)

04.10.2021
(дата)

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется.

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.

**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).

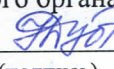
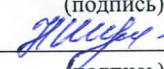
14) Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось.

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

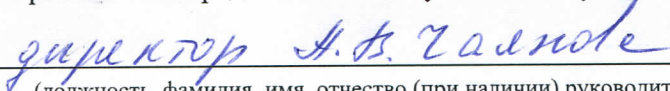
Истребуемые сведения и документы представляются в виде заверенных проверяемым лицом копий. Отказ проверяемого лица от представления запрашиваемых сведений и документов или непредставление их в установленные сроки признаются правонарушением и влекут ответственность, предусмотренную частью 4 статьи 15.33 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		Дубова Нина Николаевна
(должность)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))
главный специалист-ревизор		Шумаева Надежда Николаевна
(должность)	(подпись)	(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Требование о представлении документов получил.


(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 № 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 27.09.2021
(дата)

№ 37002150004111

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 - Ивановского регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Косарева Наталья Владимировна

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

(полное и сокращенное 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 ,

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

главному специалисту-ревизору - Дубовой Нине Николаевне (ГУ-Ивановское РО ФСС РФ),
главному специалисту-ревизору - Шумаевой Надежде Николаевне (руководитель
проверяющей группы) (ГУ-Ивановское РО ФСС РФ)

(должности, Ф.И.О. 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
(Ф.И.О.)

Место печати территориального
органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

директор А.В. Чалюк

(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

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

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 21 апреля 2021 № 143
Форма 5

Справка

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

от 01.10.2021
(дата)

№ 37002180004113

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

о проведении выездной проверки от 27.09.2021 № 37002180004111

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

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших проверку)

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)
проведена выездная проверка 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"**

(полное 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)

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)

(подпись)

(подпись)

Шумаева Надежда Николаевна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Дубова Нина Николаевна
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

01.10.2021
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил

директор А.В. Голенин
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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



(подпись)

01.10.2021
(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) 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 рабочих дней со дня направления заказного письма.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ
Сертификат Простая электронная подпись
Владелец Пользователь
Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2021