

Место штампа территориального
органа страховщика

СПРАВКА
о проведенной выездной проверке страхователя
по обязательному социальному страхованию от несчастных
случаев на производстве и профессиональных заболеваний

от "30" января 2018г. № 33 н/с
(дата)

В соответствии с решением

Директора филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя)территориального органа страховщика)

Филиал № 6 Государственного учреждения - регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации по Республике Татарстан
(наименование территориального органа страховщика)

М.Ф. Шигапова

(Ф.И.О.)

о проведении выездной проверки от «30» января 2018 г. № 33 н/с Главным специалистом
ревизором отдела администрирования страховых взносов АндрейченкоО.А.

(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)

Филиал № 6 Государственного учреждения - регионального отделения Фонда социального
страхования Российской Федерации по Республике Татарстан
(наименование территориального органа страховщика, должностные лица)

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. Исполнение порядка подтверждения основного вида экономической
деятельности страхователя по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на
производстве и профессиональных заболеваний — юридического лица, а также видов
экономической деятельности подразделений страхователя, являющихся самостоятельными
классификационными единицами, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения и
социального развития Российской Федерации от 31.01.2006г. № 55 (далее — Порядок), а также
правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователем
АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ "СЕТЕВАЯ АКАДЕМИЯ ЛАНИТ-ТИССА"

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

Регистрационный номер страхователя 1606617305

Код подчинённости 16061

ИНН 1661013579 КПП 166101001

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

физического лица: 420037, РФ, респ. Татарстан, Казань г., Челюскина ул., д.56.
за период с 01.01.2015г. по 31.12.2017г.

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата _____ 30.01.2018г.,
(дата)

проверка окончена _____ 30.01.2018г.,
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

<p>_____ Главный специалист ревизор отдела администрирования страховых взносов Филиала №6 ГУ-РО ФСС РФ по РТ (должность)</p>		_____ О.А. Андрейченко (Ф.И.О.)
_____ (должность)	_____ (подпись)	_____ (Ф.И.О.)

30.01.2018 г.
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил:

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

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

<p>_____ Место печати (при наличии) страхователя</p>	<p>30.01.2018 г. (дата)</p>
--	---------------------------------

(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)