ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Государственного учреждения – регионального
отделения
Фонда социального страхования
Российской Федерации
по Республике Крым
Филиал № 15

ул. Крымская, 10, кв.11, г. Бахчисарай, 298404
Телефон: 2-22-48

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

Форма 9-ФСС

Решение
о проведении выездной проверки

от 23 апреля 2019 г. (дата) № 9

В соответствии с ст.20 Федеральным законом от 03 июля 2016 года № 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» (далее Федеральный закон от 03.07.2016г. № 250- ФЗ) и 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 24.07.2009г. № 212-ФЗ)

Директор
(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)
Филиала №15 ГУ-РО Фонда социального страхования Российской Федерации по Республике Крым
(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)
Купельский Ю.А.
(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку **плановую** 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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ «ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ БАХЧИСАРАЙСКОГО РАЙОНА»

регистрационный номер в органе контроля за уплатой страховых взносов	9115000279,
код подчиненности	91151,
ИНН	9104002961,
КПП	910401001,
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	298404, КРЫМСКАЯ УЛ, ДОМ 2 Б, БАХЧИСАРАЙ Г., БАХЧИСАРАЙСКИЙ Р-Н, КРЫМ РЕСПУБЛИКА,
основание проведения выездной проверки	в соответствии с ст.20 ФЗ № 250 от 03.07.2016г. и с ч. 3 ст. 33 Федерального закона от 24.07.2009 № 212-ФЗ

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии ст.20 Федеральным законом от 03 июля 2016 года № 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» со статьей 35 Федерального закона от24.07.2009 № 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 01.01.2016г. по 31.12.2016г. .

2. Поручить проведение выездной проверки

Ковизиной Анне Владимировне - Главному специалисту-ревизору

(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)

(подпись) Купельский Ю.А. (Ф.И.О.)

Место печати органа контроля
за уплатой страховых взносов

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

и. о. директора Домашевич Н. А.

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

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

(подпись) 23.04.2019 (дата)

Место печати (при наличии)
плательщика страховых взносов