

СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО ОМСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО ОМСКОЙ ОБЛАСТИ)

ул. Чапаева, д. 71/1, г. Омск, Омская область, 644099
телефон 8(800)100-00-01, 8(3812)94-03-08, факс 8(3812)24-11-
11,
e-mail: osfomsk@55.sfr.gov.ru, ОГРН 1025500739450,
ИНН/КПП 5500000054/550301001

Приложение № 1

к приказу Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

от 31.05.2023 г.

№ 933

Форма

Решение
о проведении выездной проверки

от 01.04.2025
(дата)

№ 55032550000101

В соответствии со статьей 26¹⁶ Федерального закона 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

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда)

Князева Елена Геннадьевна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая, повторная, в связи с ликвидацией (реорганизацией), в связи с поступлением жалобы от застрахованного лица, а также в случае неподтверждения сведений, представленных страхователем или застрахованным лицом, государственными органами, органами государственных внебюджетных фондов, органами местного самоуправления либо подведомственными государственным органам или органам местного самоуправления организациями) (нужное подчеркнуть):

1) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации;

2) полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами

АДМИНИСТРАЦИЯ ВАСИССКОГО СЕЛЬСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ ТАРСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО
РАЙОНА ОМСКОЙ ОБЛАСТИ (АДМИНИСТРАЦИЯ ВАСИССКОГО СЕЛЬСКОГО ПОСЕЛЕНИЯ)

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда

1002334587 / 5503109174

код территориального органа Фонда

065

ИНН

5535007491

КПП

553501001

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

646527, ОБЛАСТЬ ОМСКАЯ,
РАЙОН ТАРСКИЙ, СЕЛО ВАСИСС,
УЛИЦА КИРОВА, 24, -, -

основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ.

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ)

за период с 01.01.2022 по 31.12.2024
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

Цербе Наталье Геннадьевне, Главному специалисту-эксперту

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

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО ОМСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда)

Заместитель управляющего

(должность руководителя (заместителя
руководителя) территориального органа Фонда)

(подпись)

Князева Елена
Геннадьевна

(фамилия, имя, отчество (при
наличии))

Место печати
территориального органа
Фонда

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен

(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 271426410940626274438166897116898481805
Владелец Князева Елена Геннадьевна
Действителен с 29.03.2024 по 22.06.2025