

Уважаемый Елена Геннадьевна

Государственное учреждение – Ярославское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации (далее – отделение Фонда) уведомляет Вас о том, что с 1 июля 2017 года вступил в законную силу Федеральный закон от 01.05.2017 №86-ФЗ «О внесении изменений в статью 13 Федерального закона «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и статьи 59 и 78 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Указанный законодательный акт является основой для функционирования новой модели взаимодействия участников обязательного социального страхования по временной нетрудоспособности и в связи с материнством – электронный листок нетрудоспособности, и предусматривает информационное взаимодействие между страхователем и страховщиком.

Для страхователя электронный листок нетрудоспособности несет следующие удобства:

- электронный больничный невозможно подделать или потерять, вся информация о страховом случае хранится на сервере Фонда социального страхования Российской Федерации и передается между участниками взаимодействия по защищенным каналам связи;

- снижение трудозатрат при формировании реестра сведений, отправляемых в Фонд, в частности, при выделении необходимых средств на выплату страхового обеспечения;

- снижение затрат на организацию учета и хранения бланков листов нетрудоспособности;

- уменьшение количества сведений, передаваемых в Фонд, снижение количества ошибок, повышение достоверности информации.

Особо обращаем Ваше внимание, что получение застрахованным лицом электронного листка нетрудоспособности является его правом. Страхователь, страховщик и медицинская организация в свою очередь обязаны создать условия для реализации этого права.

О принципах функционирования электронного листка нетрудоспособности можно узнать на официальном сайте отделения Фонда [Главная страница>Меню>Электронный листок нетрудоспособности] fss.yaroslavl.ru/eln.php (qr-код 1), а также на сайте ФСС РФ [Главная страница>Меню>Электронный листок нетрудоспособности] fss.ru/ru/fund/disabilitylist/index.shtml (qr-код 2).

Проект соглашения «Об информационном взаимодействии со страхователем при формировании электронного листка нетрудоспособности можно» скачать на сайте отделения Фонда [Главная страница>Меню>Электронный листок нетрудоспособности>Типовые формы документов] fss.yaroslavl.ru/docs/eln/standard-docs/agreement-insurer.docx (qr-код 3).

Вместе с тем в отделении Фонда созданы горячие линии по вопросам реализации проекта «Электронный листок нетрудоспособности»:

Илья Мухоморов

(4852) 59-46-17 – по вопросам взаимодействия со страхователями;
(4852) 59-46-45 – по вопросам технической поддержки;
(4852) 71-50-64 – по вопросам получения застрахованными электронного
больничного.



(qr-код 1)



(qr-код 2)



(qr-код 3)



8(800) 50 40 42, 50 50 11
fss.yaroblavl.ru



На сайте отделения Фонда Вы можете ознакомиться с подробными регистрацией на портале и получении услуги «Единый портал государственных услуг и ведомственных информационных услуг».

УВАЖАЕМЫЙ СТРАХОВАТЕЛЬ!

Уведомляем Вас о том, что предоставление государственной услуги «Подтверждение основного вида экономической деятельности страхователя по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний юридического лица» в 2018 году будет осуществляться через «Единый портал государственных услуг gosuslugi.ru».

Ярославское региональное отделение Фонда социального страхования РФ рекомендует Вам заранее ознакомиться с порядком регистрации и получения госуслуги в электронной форме через gosuslugi.ru.

ПОРЯДОК ПОТВЕРЖДЕНИЯ ОВЭД В 2018 ГОДУ

Прежде чем отправиться на сайт gosuslugi.ru, заполните на бумаге специальную справку-подтверждение основного вида деятельности. Затем отсканируйте ее и сохраните файл в любом из следующих форматов: pdf, jpg, gif, png. Если ваша компания относится к средним или крупным, то подготовьте также скан-копию пояснительной записки к балансу за 2017 год. Это все документы, которые мы ждем от вас в 2018 году.

Затем зайдите на сайт gosuslugi.ru и откройте каталог услуг ФСС РФ. Вам нужно выбрать опцию «Подтверждение вида деятельности в ФСС РФ». Затем нажмите кнопку «Получить услугу». Откроется страница, на которой будете заполнять электронное заявление в фонд. Внесите информацию о вашей организации: наименование и регистрационный номер в ФСС РФ, код и название основного вида деятельности и т. д. Когда заполните все обязательные поля, нажмите кнопку «Далее». Портал госуслуг сформирует заявление для отделения Фонда.

На странице, которая откроется, загрузите справку-подтверждение и пояснительную записку, если вы должны ее сдавать. Для этого нажмите кнопку «Загрузить» напротив нужного документа. Если в документе у вас больше одного листа и каждый в своем файле, то после загрузки первого файла нажимайте кнопку «Добавить». Когда все сделано, нажмите кнопку «Подать заявление» в нижнем правом углу. Как только заявление уйдет, на портале появится сообщение с его номером. Также вы увидите надпись «Заявка на получение услуги успешно отправлена».

Через две недели проверьте личный кабинет на портале. Из отделения Фонда придет электронное уведомление о тарифе взносов на травматизм на 2018 год. При желании можно запросить в фонде бумажный вариант уведомления прямо в личном кабинете. Для этого укажите в комментарии к заявлению о необходимости направить уведомление на почтовый адрес, либо явиться лично в отделение Фонда для его получения.

(4852) 59-46-17 – по вопросам взаимодействия со страхователями;

(4852) 59-46-45 – по вопросам технической поддержки;

(4852) 71-50-64 – по вопросам получения застрахованными электронного больничного.



(qr-код 1)



(qr-код 2)



(qr-код 3)

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ - ЯРОСЛАВСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
150047, г. Ярославль, ул. Радищева, д.34а, тел.: 59-46-46, факс: 59-46-32

Справка

о проведенной выездной проверке страхователя по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством

от 18 апреля 2018г.
(дата)

№ 231 Р

В соответствии с решением исполняющего обязанности управляющего Государственным учреждением - Ярославским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации Барановой Татьяны Валерьевны о проведении выездной проверки от 16.04.2018г. № 1420 Кокиной Мариной Александровной - главным специалистом-ревизором Государственного учреждения - Ярославского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации проведена выездная проверка правильности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством страхователя **МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 102"**,

регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>7604021641</u>
код подчиненности	<u>76001</u>
ИНН	<u>7604041203</u>
КПП	<u>760401001</u>
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>150014, Ярославская обл., г. Ярославль, ул. Салтыкова-Щедрина, д. 29</u>

за период с 01.01.2015г. по 31.12.2016г.
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 16.04.2018г.
(дата)

проверка окончена 18.04.2018г.
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

<u>главный специалист-ревизор</u> (должность)	<u><i>М.Кокина</i></u> (подпись)	<u>Кокина Марина Александровна</u> (Ф.И.О.)
<u>18.04.2018г.</u> (дата)		

Справку о проведенной выездной проверке на 1-ом листе получил.

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

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



18.04.2018г.
(дата)

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

от получения настоящей справки уклоняется ¹,

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.

¹ Запись делается в случае уклонения плательщика страховых взносов, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения справки.

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ - ЯРОСЛАВСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
150047, г. Ярославль, ул. Радищева, д.34а, тел.: 59-46-46, факс: 59-46-32

Акт выездной проверки

от 18 апреля 2018г.
(дата)

№ 231/нс

Мною, Кокиной Мариной Александровной - главным специалистом-ревизором Государственного учреждения - Ярославского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации 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 (далее - страховые взносы) по установленному законодательством Российской Федерации тарифу с учетом установленной отделением Фонда скидки (надбавки), а также правомерности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователя **МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 102"**,

регистрационный номер в территориальном органе страховщика 7604021641 ;
код подчиненности 76001 ;
ИНН 7604041203 ;
КПП 760401001 ;

адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица 150014, Ярославская обл., г. Ярославль, ул. Салтыкова-Щедрина, д. 29

за период с 01.01.2015 г. по 31.12.2017 г.

В 2018г. основной вид деятельности - дошкольное образование (предшествующее начальному общему образованию) - код по ОКВЭД :80.10.1

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2015	80.10.1	1	0,2	нет/ нет
2016	80.10.1	1	0,2	нет/ нет
2017	80.10.1	1	0,2	нет/ 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 150014, Ярославская обл., г. Ярославль, ул. Салтыкова-Щедрина, д. 29.

2. Выездная проверка начата 16.04.2018 г. , окончена 18.04.2018 г.
(дата) (дата)

на основании решения исполняющего обязанности управляющего Государственным учреждением - Ярославским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации Барановой Татьяны Валерьевны от « 16 » апреля 2018 г. № 1419.

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была приостановлена с _____
(дата)

4. В соответствии с решением

_____ (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)* в проверяемом периоде являлись:

Руководитель _____ Шахова Елена Геннадьевна
(наименование должности) (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер _____ Широкова Анна Васильевна в должности с
(наименование должности) 11.01.2016, до нее Золотова Татьяна Сергеевна
(Ф.И.О.)

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

следующих документов: сводные ведомости по начислению заработной платы; расчетные ведомости и расчеты по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (форма 4 - ФСС). Выборочным методом документы, подтверждающие уплату страховых взносов, лицевые счета работников; регистры бухгалтерского учета и первичные учетные документы по кассе, расчетному счету, расчетам по социальному страхованию, расчетам с персоналом по оплате труда, карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат (иных вознаграждений) и страховых взносов; приказы; штатное расписание; трудовые книжки работников; таблицы учета рабочего времени; банковские документы по уплате страховых взносов.

К проверке представлены все документы.

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 _____ по _____
(дата) (дата)

акт выездной проверки от _____ № _____
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения _____

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

10. Настоящей проверкой установлено:

МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 102" является плательщиком страховых взносов в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний».

Среднесписочная численность на 31.12.2017г. составляет 64 человека.

	2015г.	2016г.	2017г.
Суммы выплат и иных вознаграждений, в пользу работников, на которые начисляются страховые взносы,	11530908,74	12195044,13	12735467,78
Суммы выплат и иных вознаграждений, в пользу работников, на которые не начисляются страховые взносы,	168717,98	199949,92	693742,38

Начисления страховых взносов по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний произведены по установленному тарифу с учетом надбавки.

* Заполняется для организаций.

Расходов, произведенных страхователем в счет страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний: не производилось

10.1. выявлены/не выявлены (нужное 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 социального страхования Российской Федерации:

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
01.01.2015г.-31.12.2017г.	0,00

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
01.01.2015г.-31.12.2017г.	0,00

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия): _____
(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
01.01.2015г.-31.12.2017г.	0,00

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 в установленном порядке:

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма непринятых к зачету расходов (в рублях)
01.01.2015г.-31.12.2017г.	0,00

10.1.4. непредставление в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения(далее – расчет)

за 01.01.2015г. – 31.12.2017г.
(период)

в соответствии со ст. 24 Федерального закона
от 24.07.2009 г. №125-ФЗ
(дата)

Установленный срок представления расчета _____

Расчет представлен _____ в установленный законодательством срок, не представлен (нужное зачеркнуть);

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

(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 **МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 102"**:

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за 01.01.2015г. – 31.12.2017г.
(период)

в размере 0,00 руб.;

в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд
в сумме 0,00 рублей.

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 0,00 руб.;

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;

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 **МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 102"**

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. пунктом _____ статьи 26.29 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

неуплату сумм страховых взносов в результате занижения базы для начисления страховых взносов предусмотрено взыскание штрафа в размере 20% неуплаченной суммы страховых взносов в сумме 0,00 руб.

(укладывается состав правонарушения)

11.4.2. _____

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 - Ярославское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации 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 в установленном порядке копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подпись должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших проверку


(подпись)

Кокина Марина Александровна -
главный специалист-ревизор
(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

(подпись)

(Ф.И.О.)

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

Руководитель
(должность)



Шахова Елена Геннадьевна
(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии)
платежного страхового взноса

Экземпляр настоящего акта с _____ - _____ приложениями на 5 листах получил.
(количество)

Руководитель **МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 102"**

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

Шахова Елена Геннадьевна

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


(подпись)

18.04.2018
(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется *.

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

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего
выездную проверку)

(дата)

Примечание.

Акт выездной проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен страхователю, 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 указанного акта по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней с даты отправления заказного письма.

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ - ЯРОСЛАВСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
150047, г. Ярославль, ул. Радищева, д.34а, тел.: 59-46-46, факс: 59-46-32

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

от 18 апреля 2018г.
(дата)

№ 231 н/с

В соответствии с решением исполняющего обязанности управляющего Государственным учреждением - Ярославским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации Барановой Татьяны Валерьевны от « 16 » апреля 2018 г. № 1419 Кокина Марина Александровна - главный специалист-ревизор Государственного учреждения - Ярославского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации провела выездную проверку 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 **МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 102",**

регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>7604021641</u>		
код подчиненности	<u>76001</u>		
ИНН	<u>7604041203</u>		
КПП	<u>760401001</u>		
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>150014, Ярославская обл., г. Ярославль, ул. Салтыкова-Щедрина, д. 29</u>		
за период с	<u>01.01.2015г.</u>	по	<u>31.12.2017г.</u>
	(дата)		(дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 16.04.2018г.
(дата)

проверка окончена 18.04.2018 г.
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Кокина Марина Александровна - главный
специалист-ревизор
(должность)

МКОК
(подпись)

(Ф.И.О.)

18.04.2018 г.
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1-ом листе получил.

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

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

МКОК
(подпись)

18.04.2018г.
(дата)

(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 плательщик страховых взносов (его уполномоченный представитель) уклоняется от получения справки о проведенной проверке, указанная справка направляется плательщику страховых взносов по почте заказным письмом и считается полученной по истечении шести дней со дня направления заказного письма.

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

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ - ЯРОСЛАВСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
150047, г. Ярославль, ул. Радищева, д.34а, тел.: 59-46-46, факс: 59-46-32

Акт выездной проверки

№ 231-ОСС

от 18.04.2018г.
(дата)

Мною, Кокиной Мариной Александровной - главным специалистом-ревизором Государственного учреждения - Ярославского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации проведена выездная проверка 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 **МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 102"**,

регистрационный номер в органе контроля за уплатой страховых взносов	<u>7604021641</u>
код подчиненности	<u>76001</u>
ИНН	<u>7604041203</u>
КПП	<u>760401001</u>
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения); адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>150014, Ярославская обл., г. Ярославль, ул. Салтыкова-Щедрина, д. 29</u>

за период с 01.01.2015г. по 31.12.2016г.

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом 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 июля 2009 г. № 212-ФЗ), статьей 20 Федерального закона от 03.07.2016 г. № 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 "О внесении изменений в части первую и вторую Налогового кодекса Российской Федерации в связи с передачей налоговым органам полномочий по администрированию страховых взносов на обязательное пенсионное, социальное и медицинское страхование".

1. Место проведения выездной проверки 150014, Ярославская обл., г. Ярославль, ул. Салтыкова-Щедрина, д. 29.

2. Выездная проверка начата 16.04.2018г. (дата), окончена 18.04.2018г. (дата)

на основании решения и.о. управляющего Государственным учреждением - Ярославским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации Барановой Татьяны Валерьевны от 16.04.2018г. № 1421.

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)
от _____ № _____
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была приостановлена с _____ (дата)

4. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)
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)* в проверяемом периоде являлись:

Руководитель

(наименование должности)

Шахова Елена Геннадьевна

(Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

(наименование должности)

Широкова Анна Васильевна в должности с
11.01.2016, до нее Золотова Татьяна Сергеевна

(Ф.И.О.)

6. Выездная проверка проведена _____

(сплошным, выборочным)

_____ методом проверки представленных

следующих документов: штатное расписание 2015г.-2016г.; учетная политика для целей бухгалтерского учета; сводные ведомости по начислению заработной платы; расчеты по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (форма - 4ФСС); документы, подтверждающие уплату страховых взносов.

Выборочно проверены карточки-справки работников; журнал операций расчетов по оплате труда; журнал операций расчетов с поставщиками и подрядчиками; журнал операций расчетов с подотчетными лицами; журнал операций по счету «Касса»; журнал операций с безналичными средствами; приказы; трудовые книжки работников; таблицы учета рабочего времени, карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, бухгалтерская отчетность за 2015г.-2016г.

_____ (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 _____

(дата)

по _____

(дата)

акт выездной проверки от _____

(дата)

№ _____

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения _____

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

10. Настоящей проверкой установлено:

МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 102" является плательщиком страховых взносов в соответствии с п.1а ч.1 ст.5 Федерального закона от 24 июля 2009г. № 212-ФЗ.

В соответствии п.2 ч. 2 ст. 12 и ч.1 ст. 58.2 Федерального закона от 24 июля 2009г. № 212-ФЗ в 2015-2016г.г. страхователем применялся тариф страховых взносов - 2,9 %.

Страхователь в проверяемом периоде находился на общей системе налогообложения. Среднесписочная численность работников предприятия на 31.12.2016г. составляет 64человек.

Наименование показателя	2015 г.	2016 г.
Суммы выплат и иных вознаграждений, начисленных в пользу физических лиц, в соответствии со ст. 7 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ	11699626,72	12394994,05
Суммы, не подлежащие обложению страховыми взносами в соответствии со ст. 9 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ	168717,98	199949,92
Суммы, превышающие предельную величину базы	0	0

* Заполняется для организаций.

для начисления страховых взносов, установленную в соответствии со ст. 8 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ		
База для начисления страховых взносов	11530908,74	12195044,13
из них сумма выплат и иных вознаграждений физическим лицам, являющимся инвалидами I, II, III группы	0	0

10.1. выявлены/не выявлены (ненужное зачеркнуть) нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах:

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации:

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
01.01.2015г.-31.12.2016г.	0,00

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила:

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
01.01.2015г.-31.12.2016г.	0,00

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия): _____ (указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
01.01.2015г.-31.12.2016г.	0,00

10.1.3. непредставление в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации (далее – расчет)

за 01.01.2015г.-31.12.2016г.
(период)

Установленный срок представления расчета

в соответствии со статьей 15 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ
(дата)

Расчет представлен _____ в установленный законодательством срок, не представлен (ненужное зачеркнуть):

10.1.4. другие нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах:

(приводятся документы, подтверждающие факты нарушения законодательства Российской Федерации о страховых взносах)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать с **МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 102"**:

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации за 01.01.2015г.-31.12.2016г. в размере 0,00 руб.;

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов, указанных в п. 11.1.1 настоящего акта, в размере 0,00 руб.;

11.2. плательщику страховых взносов внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;

11.3. _____ (приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации о страховых взносах)

11.4. привлечь **МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 102"**

к ответственности, предусмотренной:

11.4.1. частью 1 статьи 47 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ за

неуплату сумм страховых взносов в результате занижения базы для начисления страховых взносов предусмотрено взыскание штрафа в размере 20% неуплаченной суммы страховых взносов в сумме 0,00 руб.

(указывается состав правонарушения)

11.4.2. _____

Приложение: на _____ - _____ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) плательщик страховых взносов вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в Государственное учреждение - Ярославское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям.

При этом плательщик страховых взносов вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подписи должностных лиц органа контроля за уплатой страховых взносов и должностных лиц налогового органа, проводивших проверку


(подпись)

Кокина Марина Александровна
(Ф.И.О.)

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

(должность)



Шахова Елена Геннадьевна
(Ф.И.О.)

Место печати плательщика страховых взносов

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

Руководитель МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 102"

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

Шахова Елена Геннадьевна

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


(подпись)

18.04.2018
(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется*.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего выездную проверку)

(дата)

* Запись делается в случае уклонения плательщика страховых взносов, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ - ЯРОСЛАВСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ
ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
150047, г. Ярославль, ул. Радищева, д.34а, тел.: 59-46-46, факс: 59-46-32

Справка
о проведенной выездной проверке

от 18 апреля 2018г.
(дата)

№ 231 OCC

В соответствии с решением исполняющего обязанности управляющего Государственным учреждением - Ярославским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации Барановой Татьяны Валерьевны от 16.04.2018г. № 1421 Кокиной Марине Александровне - главный специалист-ревизор Государственного учреждения - Ярославского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации провела выездную проверку 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 **МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 102"**,

регистрационный номер в органе контроля за уплатой страховых взносов 7604021641
код подчиненности 76001
ИНН 7604041203
КПП 760401001

адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица 150014, Ярославская обл., г. Ярославль, ул. Салтыкова-Щедрина, д. 29

за период с 01.01.2015г. по 31.12.2016г.
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 16.04.2018г.
(дата)

проверка окончена 18.04.2018г.
(дата)

Подписи должностных лиц органа контроля за уплатой страховых взносов, проводивших выездную проверку:

главный специалист-ревизор МКОК Кокина Марина Александровна
(должность) (подпись) (Ф.И.О.)

18.04.2018г.
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1-ом листе получил.


(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения))
или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))
М.И.С.А.В. 18.04.2018г.
(подпись) (дата)

(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 плательщик страховых взносов (его уполномоченный представитель) уклоняется от получения справки о проведенной проверке, указанная справка направляется плательщику страховых взносов по почте заказным письмом и считается полученной по истечении шести дней со дня направления заказного письма.

* Запись делается в случае уклонения плательщика страховых взносов, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения справки.

А К Т
выездной проверки правильности расходов на выплату страхового обеспечения по
обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности
и в связи с материнством

от 18.04.2018 г.
(дата)

№ 231 Р

Коккина Марина Александровна - главный специалист-ревизор Государственного учреждения — Ярославского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации провела выездную проверку правильности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством страхователя **МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 102"**,

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика

7604021641

Код подчиненности

76001

Код ИФНС

7604

ИНН

7604041203

КПП

760401001

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

150014, Ярославская обл., г. Ярославль, ул. Салтыкова-Щедрина, д. 29

за период с 01.01.2015 г. по 31.12.2016 г.

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», ст. 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» и иными нормативными правовыми актами об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

1. Общие положения

1.1. Место проведения выездной проверки 150014, Ярославская обл., г. Ярославль, ул. Салтыкова-Щедрина, д. 29.

1.2. Проверка проведена с 16 апреля 2018 г. по 18 апреля 2018 г.

На основании решения и.о. управляющего Государственного учреждения - Ярославского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации Барановой Татьяны Валерьевны от 16.04.2018 г. № 1420

На основании решения

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от

№

(Ф.И.О.)

(дата)

выездная проверка была приостановлена с _____

¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 1, ст. 18; 2009, № 7, ст. 781; № 30, ст. 3739; 2010, № 40, ст. 4969; № 50, ст. 6601; 2011, № 9, ст. 1208; 2011, № 27, ст. 3880; № 49, ст. 7017; 2012, № 53, ст. 7601; 2013, № 14, ст. 1644; № 27, ст. 3477; № 30, ст. 4076; № 48, ст. 6165; 2014, № 14, ст. 1551; № 26, ст. 3398; № 30, ст. 4217; № 49, ст. 6915; 6916; 2015, № 1, ст. 48; 2016, № 1, ст. 14; № 11, ст. 1482; № 27, ст. 4183

² Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст. 3803; 2016, № 27, ст. 4183

На основании решения

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от _____

№ _____

(Ф.И.О.)

(дата)

выездная проверка была возобновлена с _____

(дата)

1.3. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения)³ в проверяемом периоде являлись:

Руководитель

(наименование должности)

Шахова Елена Геннадьевна

(Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

(наименование должности)

Широкова Анна Васильевна в должности с
11.01.2016. до нее Золотова Татьяна Сергеевна

(Ф.И.О.)

1.4. Выездная проверка проведена _____

выборочным

методом проверки представленных

(сплошным, выборочным)

следующих документов: штатное расписание, сводные ведомости по начислению заработной платы, листки нетрудоспособности и расчеты к ним, расчеты ежемесячных пособий по уходу за ребенком до достижения ребенка полутора лет, расчетные ведомости по начислению заработной платы, карточки - справки работников, таблицы учета рабочего времени, трудовые книжки, справки о сумме заработной платы с предыдущего места работы от других страхователей, карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов, расчеты по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (форма – 4 ФСС).

1.5. В период проверки выборочно проверены расходы, отраженные страхователем в расчетах по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (форма – 4 ФСС) в проверяемом периоде на общую сумму 321175,01 руб., в том числе:

Наименование расходов	2015 год		2016 год	
	к-во случаев (выплат)	сумма (в руб.)	к-во случаев (выплат)	сумма (в руб.)
Пособие по временной нетрудоспособности	292	102537,87	25	174756,61
Пособие по беременности и родам	0	0	0	0
Единовременное пособие при рождении ребенка	0	0	0	0
Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности	0	0	0	0
Ежемесячное пособие по уходу за ребенком	7	43880,53	0	0
Социальное пособие на погребение	0	0	0	0
Оплата 4-х дополнительных выходных дней для ухода за детьми-инвалидами	0	0	0	0

Страховые взносы в государственные внебюджетные фонды, начисленные на оплату дополнительных выходных дней для ухода за детьми инвалидами	x	0	x	0
Итого:	X	146418,4	X	174756,61

1.6. Выборочным методом проверено своевременное начисление страхователем пособий по обязательному социальному страхованию на случай временной не трудоспособности и в связи с материнством, а так же их выплаты получателям в установленные законодательством сроки.

Нарушений не выявлено.

1.7. Предыдущая выездная проверка проводилась с _____ (дата) по _____ (дата)

акт выездной проверки от _____ (дата) № _____

Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

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

2. Настоящей проверкой установлено⁴:

(указываются конкретные нарушения)

страхователем произведены расходы с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов, либо не подтвержденные документами в установленном порядке, в сумме 0,00 рублей.

3. По результатам настоящей проверки

предлагается:

1^{5,6}. Возместить страхователю сумму 0,00 рублей.

2⁶. Отказать в выделении средств на возмещение (осуществление) расходов, произведенных страхователем на выплату страхового обеспечения в сумме 0,00 рублей.

3⁷. Не принимать к зачету расходы, произведенные страхователем с нарушением требований законодательных и иных нормативных правовых актов по обязательному социальному страхованию, в сумме _____,00 рублей, в том числе:

_____ г. _____ рублей.
_____ г. _____ рублей.

(месяц и год, в котором произведены расходы, не принятые к зачету)

Приложение: на _____ - _____ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в Государственное учреждение — Ярославское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

по адресу РФ, 150047, г. Ярославль, ул. Радищева, д.34а

⁴ Раздел заполняется в случае выявления нарушений

⁵ Пункты 1 и 2 настоящего акта заполняются одновременно при частичном выделении средств на осуществление (возмещение) расходов страхователя на выплату страхового обеспечения

⁶ Пункты 1 и 2 заполняются, если камеральная проверка проводится при обращении страхователя за выделением средств на выплату страхового обеспечения

⁷ Пункты 2 и 3 настоящего акта могут заполняться одновременно при отказе в выделении средств на осуществление (возмещение) расходов страхователя на выплату страхового обеспечения и не принятии к зачету расходов на выплату страхового обеспечения

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 в установленном порядке копии), подтверждающие обоснованность своих возражений. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день, начиная с даты отправки заказного письма.

Подпись должностного лица территориального органа страховщика, проводившего проверку

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

Кокина Марина Александровна - главный специалист-ревизор Государственного учреждения — Ярославского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(должность, наименование территориального органа страховщика)

МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 102"

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


(подпись)

Кокина Марина Александровна - главный специалист-ревизор
(Ф.И.О.)



Шахова Елена Геннадьевна
(Ф.И.О.)

Экземпляр настоящего акта с

_____ (кол-во приложений)

приложениями на _____ листах получил.

Руководитель МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ДЕТСКИЙ САД № 102"

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

Шахова Елена Геннадьевна

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


(подпись)

18.04.2018 г.
(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется⁸.

Направить настоящий акт по почте.

_____ (подпись лица, проводящего выездную проверку)

_____ (дата)

Примечание

Акт выездной проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен страхователю, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченному представителю), лично под расписку, направленный по почте заказным письмом или передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления указанного акта по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней с даты отправления заказного письма.