

Государственное учреждение –
Архангельское региональное
отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

163072, г. Архангельск, пр. Обводный канал, д. 119
Тел.: 27-60-42 Факс 27-57-32
E-mail: info@ro29.fss.ru
<http://r29.fss.ru>

- 1 -

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 23 марта 2018 года

№ 336ОСС

Тимошенко Венера Васильевна - главный специалист-ревизор отдела администрирования страховых взносов Государственного учреждения - Архангельского 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

УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ АДМИНИСТРАЦИИ МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ЛЕШУКОНСКИЙ МУНИЦИПАЛЬНЫЙ РАЙОН»

(полное наименование страхователя)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	2900200033
Код подчиненности	29001
Код ИФНС	
ИНН	2916000450
КПП	291601001
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	164670, КРАСНЫХ ПАРТИЗАН УЛ, д. 12, ЛЕШУКОНСКОЕ С. ЛЕШУКОНСКИЙ Р-Н, АРХАНГЕЛЬСКАЯ ОБЛ

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом от 29.12.2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», статьей 26 Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» и иными нормативными правовыми актами по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством.

1. Общие положения

1.1. Место проведения выездной проверки 164670, КРАСНЫХ ПАРТИЗАН УЛ, д. 12, ЛЕШУКОНСКОЕ С, ЛЕШУКОНСКИЙ Р-Н, АРХАНГЕЛЬСКАЯ ОБЛ

(территория проверяемого лица либо места территориального органа ФСС РФ)

1.2. Проверка проведена с «19» марта 2018 по «23» марта 2018
за период с 01.01.2015 по 31.12.2016

На основании решения заместителя управляющего Государственным учреждением - Архангельским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации от 19.03.2018 № 5-7/1-241 ОСС.

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

Начальник управления _____ - Кузьмина Ольга Игоревна
(наименование должности) (Ф.И.О.)

Начальник финансово-экономического отдела _____, - Белькова Зинаида Николаевна, тел. (8-818-33) 3-11-78
(наименование должности) (Ф.И.О.)

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

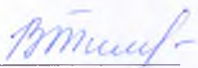
Подпись руководителя организации (обособленного подразделения), индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя)

Государственное учреждение – Архангельское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

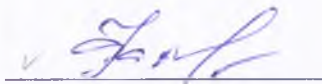
УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
АДМИНИСТРАЦИИ МУНИЦИПАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ «ЛЕШУКОНСКИЙ
МУНИЦИПАЛЬНЫЙ РАЙОН»

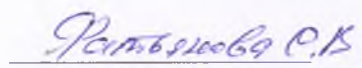
(должность, наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

Тимошенко Венера
Васильевна - главный
специалист-ревизор отдела
администрирования
страховых взносов


(подпись)

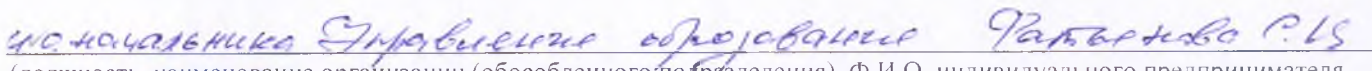
(Ф.И.О.)


(подпись)


(Ф.И.О.)

Экземпляр акта с 2 приложениями на 2 листах получил:
(кол-во приложений)

Руководитель (его представитель): УПРАВЛЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ АДМИНИСТРАЦИИ
МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «ЛЕШУКОНСКИЙ МУНИЦИПАЛЬНЫЙ РАЙОН»


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




(дата)