

Социальный фонд России
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО
СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО КАЛИНИНГРАДСКОЙ
ОБЛАСТИ)

236017, Калининградская область, Калининград город,
Энгельса улица, дом 54
Телефон 8 (4012) 99-83-54 Факс 8 (4012) 21-32-42
E-mail: priemnaya@39.sfr.gov.ru; sfr.gov.ru

Приложение № 5
к приказу Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

от 31.05.2023

№ 933

Форма

Справка
о проведенной выездной проверке

от 19.10.2023
(дата)

№ 39002370000812

В соответствии с решением

заместителя управляющего отделением

(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 КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

о проведении выездной проверки от 18.10.2023 № 39002370000811 (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

главным специалистом-экспертом - Исаковой Тамарой Александровной

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших проверку)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО КАЛИНИНГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка страхователя

МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ГОРОДА КАЛИНИНГРАДА ЦЕНТР РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА - ДЕТСКИЙ САД № 86 (МАДОУ
ЦПР Д/С № 86)

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда	<u>049004007679/3900010879</u> ,
код территориального органа Фонда	<u>049</u> ,
ИНН	<u>3907013286</u> ,
КПП	<u>390701001</u> ,
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>236039, ОБЛАСТЬ КАЛИНИНГРАДСКАЯ, Г. КАЛИНИНГРАД, УЛ. Б.ХМЕЛЬНИЦКОГО, Д.84</u>

за период с 01.01.2020 по 31.12.2022 ,
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 18.10.2023,
(дата)

проверка окончена 19.10.2023.
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-эксперт (должность)	 (подпись)	Исакова Тамара Александровна (Ф.И.О.)
<u>19.10.2023</u> (дата)		

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил Медина
Заведующий Медина Николаевна
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)


(подпись) 19.10.2023
(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя) от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.