

Вх 202  
от 12.07.23

**Социальный фонд России**  
**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА**  
**ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО**  
**СТРАХОВАНИЯ**  
**РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
**ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**  
**(ОСФР ПО КРАСНОДАРСКОМУ**  
**КРАЮ)**

Приложение № 5  
к приказу  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
от 25.01.2017 № 9

Форма 5

350015, Краснодарский край, Краснодар город, им. Хакурате  
улица, дом 8  
Телефон 8 (800) 100-00-01 Факс 8 (861) 992-53-83  
E-mail: [1300@033.pfr.gov.ru](mailto:1300@033.pfr.gov.ru) [sfr.gov.ru](http://sfr.gov.ru)

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

от 29.06.2023  
(дата)

№ 23162350000893

В соответствии с решением

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)  
**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ**  
**ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа страховщика)  
**Лукашовой Оксаны Игоревны**

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)  
о проведении выездной проверки от 13.06.2023 № 23162350000891  
(дата)

главным специалистом-ревизором - Шпаковой Ларисой Геннадиевной

\_\_\_\_\_  
(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)  
**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ**  
**ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа страховщика, должностные лица  
которого привлекались к проведению проверок)

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, а также правомерности произведенных расходов на  
выплату страхового обеспечения страхователем

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**  
**ДЕТСКИЙ САД КОМБИНИРОВАННОГО ВИДА № 9 МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**  
**ГОРОДСКОЙ ОКРУГ ГОРОД-КУРОРТ СОЧИ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ,**

\_\_\_\_\_  
(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя,  
физического лица)

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>2316521216</u>	,
Код подчиненности	<u>23161</u>	,
ИНН	<u>2319026166</u>	,
КПП	<u>231901001</u>	,

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

354066, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ,  
ГОРОД СОЧИ, УЛИЦА РОСТОВСКАЯ  
(ХОСТИНСКИЙ Р-Н), 10

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

Срок проведения выездной проверки:  
проверка начата 13.06.2023,  
(дата)  
проверка окончена 29.06.2023.  
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших  
выездную проверку:

Филиал № 16 Государственного учреждения Главный специалист-ревизор (должность)ного отделения Фонда социального страхования Российской Федерации ИНН 2308007718	<u><i>Алиса</i></u> (подпись)	<u>Шпакова Лариса Геннадиевна</u> (Ф.И.О.)
<u>29.06.2023</u> (дата)		

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил

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

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

\_\_\_\_\_  
(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 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.



вх. 203  
от 12.07.23

**Социальный фонд России**  
**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА**  
**ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО**  
**СТРАХОВАНИЯ**  
**РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
**ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**  
**(ОСФР ПО КРАСНОДАРСКОМУ**  
**КРАЮ)**

350015, Краснодарский край, Краснодар город, им. Хакурате  
ул.ца, дом 8  
Телефон 8 (800) 100-00-01 Факс 8 (861) 992-53-83  
E-mail: [1300@033.pfr.gov.ru](mailto:1300@033.pfr.gov.ru) sfr.gov.ru

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 27.12.2021 г. № 594

Форма

**Справка**

**о проведенной выездной проверке полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение**

от 29.06.2023  
(дата)

№ 23162380000773

В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

**Лукашовой Оксаны Игоревны**

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение (далее - выездная проверка) от 13.06.2023 № 23162380000771

главным специалистом-ревизором - Шпаковой Ларисой Геннадиевной,

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

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО КРАСНОДАРСКОМУ КРАЮ**

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка страхователя

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ ДОШКОЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**  
**ДЕТСКИЙ САД КОМБИНИРОВАННОГО ВИДА № 9 МУНИЦИПАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**  
**ГОРОДСКОЙ ОКРУГ ГОРОД-КУРОРТ СОЧИ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ**

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации

2316521216

Код подчиненности 23161 ,  
ИНН 2319026166 ,  
КПП 231901001 ,  
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица 354066, КРАЙ КРАСНОДАРСКИЙ, ГОРОД СОЧИ, УЛИЦА РОСТОВСКАЯ (ХОСТИНСКИЙ Р-Н), 10 ,

за период с 01.01.2021 по 31.12.2022 .  
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 13.06.2023 ,  
(дата)

проверка окончена 29.06.2023 .  
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-ревизор

(должность)

(подпись)

Шпакова Лариса Геннадиевна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

29.06.2023  
(дата)

ИНН 2308007718

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил

\_\_\_\_\_ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

\_\_\_\_\_ или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (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 (их уполномоченных представителей))

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (дата)