

**Филиал № 25 Государственного учреждения -  
Нижегородского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации**  
603004, Нижегородская область, г.Нижний Новгород,  
пр-кт Ленина, д.111, оф.1  
тел. (831) 295-28-46

Приложение № 1  
к приказу  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
от 25.01.2017 № 9

Форма 1

**Решение  
о проведении выездной проверки страхователя  
по обязательному социальному страхованию от несчастных  
случаев на производстве и профессиональных заболеваний**

от 09.11.2021  
(дата)

№ 52252150004001

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)

директор филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

филиала № 25 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения  
Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Козлова Ольга Ивановна

(Ф.И.О.)

**РЕШИЛ:**

1. Провести выездную проверку (плановая) 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

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "СОЦИАЛЬНО-  
РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ "СОЛНЫШКО"  
ЛЕНИНСКОГО РАЙОНА ГОРОДА НИЖНЕГО НОВГОРОДА" (ГБУ "СРЦН  
"СОЛНЫШКО" ЛЕНИНСКОГО РАЙОНА Г. НИЖНЕГО НОВГОРОДА")**

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика	<u>5203000884</u>	,
Код подчиненности	<u>52251</u>	,
ИНН	<u>5258028144</u>	,
КПП	<u>525801001</u>	,
Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>603034, ОБЛАСТЬ НИЖЕГОРОДСКАЯ, ГОРОД НИЖНИЙ НОВГОРОД, УЛИЦА ДРУЖБЫ, 29, А</u>	,

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

основание проведения выездной проверки

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ, в случае проведения повторной выездной проверки: "в соответствии с подпунктом 1 пункта 26 статьи 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ вышестоящим органом страховщика - в порядке контроля за деятельностью страховщика, проводившего проверку (указывается наименование органа страховщика, проводившего проверку)" или "в соответствии с подпунктом 2 пункта 26 статьи 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ в случае представления страхователем уточненного расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам, в котором указана сумма страховых взносов в размере, меньшем ранее заявленного")

за период с 01.01.2018 по 31.12.2020  
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

главному специалисту-ревизору - Барановой Ольге Ивановне (Нижегородское (филиал №25))

(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки,  
с указанием руководителя проверяющей группы территориального  
органа страховщика)

филиала № 25 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения  
Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)



Директор филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя)  
территориального органа страховщика)

(подпись)

О.И. Козлова

(Ф.И.О.)

Место печати территориального  
органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

директор Светлана Гавеева Капитановна

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



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

09.11.2021

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя