

Справка
о проведенной выездной проверке

от 25.05.2015
(дата)

№ 68

В соответствии с решением

Директор филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

Филиал № 29 Государственного учреждения - Санкт-Петербургского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации.
(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов и налогового органа, должностные лица которого привлекались к проведению проверки)

Костина Е.Г.

(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

о проведении выездной проверки от « 21 » мая 2015 г. № 68
(дата)

Куликова Татьяна Евгеньевна - Главный специалист-ревизор
(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)

Филиал № 29 Государственного учреждения - Санкт-Петербургского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации.
(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов и налогового органа, должностные лица которого привлекались к проведению проверки)

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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ. ЦЕНТР ЛЕЧЕБНОЙ ПЕДАГОГИКИ И ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ КРАСНОГВАРДЕЙСКОГО РАЙОНА САНКТ-ПЕТЕРБУРГА "ШКОЛА ЗДОРОВЬЯ И ИНДИВИ.

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

регистрационный номер в органе контроля за уплатой страховых взносов	<u>7829012828</u>
код подчиненности	<u>78291</u>
ИНН	<u>7806321997</u>
КПП	<u>780601001</u>
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>195030, РФ, Санкт-Петербург, Отечественная ул. д. 10, лит. А</u>

за период с 01.01.2012 по 31.12.2014
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 21.05.2015
(дата)

проверка окончена 27.05.2015
(дата)

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

Главный специалист-ревизор

(подпись)

Куликова Татьяна Евгеньевна

(Ф.И.О.)

Место печати органа контроля за уплатой страховых взносов

Справку о проведенной выездной проверке на _____

листах получил

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

(подпись)

(дата)

Место печати плательщика страховых взносов

Руководитель ТИХАШИН СЕРГЕЙ АНАТОЛЬЕВИЧ

(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 акта.