



СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ
(ОСФР ПО ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ)

ул. Вагжанова, д. 9, стр. 1, Тверь, 170100
телефон: (4822) 32-96-09, www.sfr.gov.ru/branches/tver/
ОКПО 10830895, ОГРН 1026900566880
ИНН/КПП 6903005441/695001001

Приложение № 1
к приказу Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации
от 31 мая 2023 г.
№ 933

Форма

Решение
о проведении выездной проверки

от 19 сентября 2024
(дата)

№ 69002450001081

В соответствии со статьей 26¹⁶ Федерального закона 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)

Заместитель управляющего

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда))

Отделением Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Тверской области
(наименование территориального органа Фонда)

Максименкова Дина Васильевна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

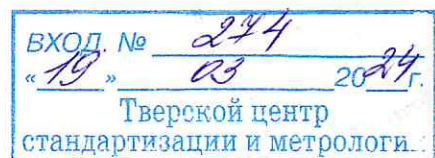
1. Провести выездную проверку страхователя (плановая, повторная, в связи с ликвидацией (реорганизацией), в связи с поступлением жалобы от застрахованного лица, а также в случае неподтверждения сведений, представленных страхователем или застрахованным лицом, государственными органами, органами государственных внебюджетных фондов, органами местного самоуправления либо подведомственными государственным органам или органам местного самоуправления организациями) (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

Федеральное бюджетное учреждение "Государственный региональный центр стандартизации, метрологии и испытаний в Тверской области" (ФБУ "Тверской ЦСМ")

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



регистрационный номер в территориальном органе Фонда 078042000045/6900340052
код территориального органа Фонда 078
ИНН 6902008446
КПП 695201001
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица 170001, г. Тверь, ул. Железнова
д. 51

основание проведения выездной проверки статья 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ
(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ)

за период с 01.01.2021 по 31.12.2023
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

консультанту отдела выездных проверок Скородумовой Светлане Викторовне

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа Фонда)

Отделение Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Тверской области
(наименование территориального органа Фонда)

Заместитель управляющего

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

[подпись]
(подпись)

Д.В. Максименкова

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати
территориального органа
Фонда

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен

✓ Директор ФБУ Тверской ЦСМ Бабунин Александр Игоревич
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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

✓ [подпись] 19.03.2024
(подпись) (дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

