

**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 21 апреля 2021 № 143
Форма 1

Решение
о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых
страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты
страхового обеспечения

от 09.11.2021
(дата)

№ 52252180004031

В соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» на основании ежегодного плана-графика (плана) выездных проверок страхователей

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая, ~~повторная~~, ~~в связи с ликвидацией (реорганизацией)~~, ~~по жалобе~~ (ненужное зачеркнуть) полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения страхователя

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

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика

5203000884

Код подчиненности

52251

ИНН

5258028144

КПП

525801001

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

603034, ОБЛАСТЬ НИЖЕГОРОДСКАЯ,
ГОРОД НИЖНИЙ НОВГОРОД, УЛИЦА
ДРУЖБЫ, 29, А

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

(подпись)

О.И. Козлова
(фамилия, имя, отчество
(при наличии))

Место печати территориального
органа страховщика

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

директор Макаренко Г.К.
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

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



05.11.2021.
(дата)

Место печати (при наличии) страхователя