

**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 № 5
к приказу Фонда социального
страхования Российской Федерации
от 21 апреля 2021 № 143
Форма 5

**Справка
о проведенной выездной проверке полноты и достоверности представляемых страхователем
сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения**

от 07.12.2021
(дата)

№ 52252180004033

В соответствии с решением

директора филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)
филиала № 25 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Козловой Ольги Ивановны

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

о проведении выездной проверки от 09.11.2021 № 52252180004031

главным специалистом-ревизором - Барановой Ольгой Ивановной (Нижегородское (филиал №25))

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

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)
проведена выездная проверка 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"**

(полное 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)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 09.11.2021,
(дата)

проверка окончена 07.12.2021.
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-ревизор

(должность)

Барн
(подпись)

Баранова Ольга Ивановна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

07.12.2021

(дата)

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 (уполномоченного представителя)

Барн
(подпись)

07.12.2021

(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 (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 рабочих дней со дня направления заказного письма.