

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ-  
КРАСНОЯРСКОЕ  
РЕГИОНАЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ  
ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Ф И Л И А Л № 2  
(Пригородный)

660010, г. Красноярск, пр. им. Красноярский рабочий, 117  
тел/факс 8 (391) 268-72-27, тел. 8 (391) 268-72-27

Решение  
о проведении выездной проверки

« 19 » июль 2013 г.

№ 34 осс/д

На основании Федерального закона от 24 июля 2009г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования»

Директор филиала № 2 (Пригородный) Государственного учреждения – Красноярского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации Н.А. Сальников

РЕШИЛ:

Провести выездную проверку - 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 **Федеральное автономное учреждение "Институт повышения квалификации руководящих работников и специалистов лесного хозяйства Сибири и Дальнего Востока"**

Регистрационный номер страхователя 2404510158, Код подчинённости 24021, код ИФНС России 2446, ИНН 2446000650, КПП 244601001

Адрес места нахождения организации (обособленного подразделения) / адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица: 663094, РФ, Красноярский кр., г. Дивногорск, ул.Заводская, корп.1

за период с 01.01.2010 г. по 31.12.2012 г.

2. Проверяющие: Симановская Ирина Владимировна – главный специалист-ревизор филиала №2 (Пригородный) ГУ-КРО ФСС РФ.

Директор

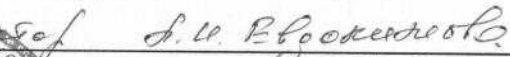


Место печати

  
(подпись)

Н.А. Сальников

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен:

  
(должность, Ф.И.О. руководителя организации, (обособленного подразделения) или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченного представителя))

  
(подпись)  
Место печати страхователя

19.07.2013  
(дата)