

Приложение N 10  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 11.01.2016 N 2

Форма 12-ФСС

Место штампа органа контроля  
за уплатой страховых взносов

Решение  
о возобновлении проведения выездной проверки

от \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_  
(дата)

В соответствии с Федеральным **законом** от 24 июля 2009 г. N 212-ФЗ "О  
страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального  
страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного  
медицинского страхования" \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

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

РЕШИЛ:

Возобновить с \_\_\_\_\_ проведение выездной проверки правильности  
(дата)

исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых  
взносов плательщиком страховых взносов \_\_\_\_\_

(полное и сокращенное наименование

\_\_\_\_\_  
организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального  
предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в органе контроля  
за уплатой страховых взносов (код  
подчиненности \_\_\_\_\_,

ИНН \_\_\_\_\_,

КПП \_\_\_\_\_,

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

назначенной в соответствии с решением \_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя

руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

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

от \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ и приостановленной в соответствии с  
решением \_\_\_\_\_

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

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

(фамилия, имя и отчество (при наличии) руководителя (заместителя  
руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

от \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Место печати органа контроля  
за уплатой страховых взносов

С решением о возобновлении проведения выездной проверки правильности  
исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых  
взносов ознакомлен.

\_\_\_\_\_ (должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения)

\_\_\_\_\_ или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица  
(уполномоченного представителя))

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (дата)

Место печати (при наличии)  
плательщика страховых взносов