

Форма 5

Место штампа территориального
органа страховщика

Решение
**о возобновлении проведения выездной проверки страхователя по обязательному
социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с
материнством**

от _____
(дата)

№ _____

В соответствии со статьей 4⁷ Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством»¹ и на основании статьи 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»²

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

(наименование территориального органа страховщика)

(Ф.И.О.)

РЕШИЛ:

Возобновить с _____ проведение выездной проверки правильности
(дата)

произведенных расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством страхователя

(полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения),
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном
органе страховщика _____,

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) территориального
органа страховщика)

¹ Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, № 1, ст. 18; 2009, № 30, ст. 3739; 2016, № 27, ст. 4183

² Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 31, ст.3803; 2016, № 27, ст. 4183

 (наименование территориального органа страховщика)

 (Ф.И.О.)

от _____ № _____

и приостановленной в соответствии с решением

 (должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

 (наименование территориального органа страховщика)

 (Ф.И.О.)

от _____ № _____

 (должность руководителя (заместителя руководителя)
 территориального органа страховщика)

 (подпись)

 (Ф.И.О.)

Место печати территориального
 органа страховщика

С решением о возобновлении проведения выездной проверки правильности произведенных расходов на выплату страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством ознакомлен³.

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

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

 (подпись)

 (дата)

Место печати (при наличии)
 страхователя

³ Заполняется в случае вручения решения о возобновлении проведения выездной проверки проверяемому лицу.