

Место штампа территориального  
органа страховщика

**Решение  
о приостановлении проведения выездной проверки страхователя по обязательному социальному  
страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний**

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(дата)

В соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее – Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ)

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)  
(наименование территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

**РЕШИЛ:**

Приостановить с \_\_\_\_\_ проведение выездной проверки правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты  
(дата)

(перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также правомерность произведенных расходов на выплату страхового обеспечения страхователем

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

Регистрационный номер в территориальном органе страховщика  
(код подчиненности)

ИНН<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

КПП<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

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)

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(дата)

в связи с необходимостью \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(указывается основание (основания), предусмотренные статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ)

\_\_\_\_\_  
(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Место печати территориального  
органа страховщика

С решением о приостановлении проведения выездной проверки ознакомлен.<sup>4</sup>

\_\_\_\_\_  
(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

<sup>1</sup> Отчество заполняется при наличии.

<sup>2</sup> Идентификационный номер налогоплательщика.

<sup>3</sup> Код причины постановки на учет в налоговом органе.

<sup>4</sup> Заполняется в случае вручения решения о приостановлении проведения выездной проверки проверяемому лицу.