

Место штампа территориального
органа страховщика

Решение

о возобновлении 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"

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

(наименование территориального органа страховщика)

(Ф.И.О.)

РЕШИЛ:

Возобновить 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 правомерности 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 _____

ИНН² _____

КПП³ _____

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 _____ № _____

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 исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также правомерности произведенных страхователем расходов на выплату страхового обеспечения ознакомлен.⁴

(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

¹ Отчество заполняется при наличии.

² Идентификационный номер налогоплательщика.

³ Код причины постановки на учет в налоговом органе.

⁴ Заполняется в случае решения о возобновлении проведения выездной проверки проверяемому лицу.