

СОЦИАЛЬНЫЙ ФОНД РОССИИ
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО СТАВРОПОЛЬСКОМУ КРАЮ
(ОСФР ПО СТАВРОПОЛЬСКОМУ
КРАЮ)

ул. Советская, д.11, г. Ставрополь, Ставропольский край,
355035
телефон (8-8652) 95-56-96, факс (8-8652) 95-56-97,
e-mail: pr_upr@26.sfr.gov.ru, ОГРН 1022601963560,
ИНН/КПП 2600000038/263601001

Приложение № 1

к приказу Фонда пенсионного и социального
страхования Российской Федерации

от 31.05.2023 г.

№ 933

Форма

Решение
о проведении выездной проверки

от 24.11.2025
(дата)

№ 26102550001311

В соответствии со статьей 26¹⁶ 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)

заместитель управляющего

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее - территориальный орган Фонда)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ ПО СТАВРОПОЛЬСКОМУ КРАЮ

(наименование территориального органа Фонда)

Жукова Евгения Михайловна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

РЕШИЛ:

1. Провести выездную проверку (плановая, повторная, в связи с ликвидацией (реорганизацией), в связи с поступлением жалобы от застрахованного лица, а также в случае неподтверждения сведений, представленных страхователем или застрахованным лицом, государственными органами, органами государственных внебюджетных фондов, органами местного самоуправления либо подведомственными государственным органам или органам местного самоуправления организациями) (нужное подчеркнуть):

1) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд пенсионного и социального страхования Российской Федерации;

2) полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты обеспечения по страхованию, а также для принятия решения о финансовом обеспечении расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников и санаторно-курортное лечение работников, занятых на работах с вредными и (или) опасными производственными факторами

ДУМА СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ (ДУМА СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ)

(полное и сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в территориальном органе Фонда

1067600195

код территориального органа Фонда

036

ИНН

2634003904

КПП

263401001

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

355017, 355017, Россия, край
Ставропольский, г Ставрополь, пл
Ленина, дом 3

основание проведения выездной проверки

в соответствии со статьей 26.16 Федерального закона от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ.

(указывается основание проведения выездной проверки в соответствии со статьей 26¹⁶ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ)

за период с 01.01.2022 по 31.12.2024
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

Умрихиной Яне Сергеевне, Главному специалисту-эксперту, Коваленко Елене Васильевне, Главному специалисту-эксперту

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы территориального органа Фонда)

ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО СТАВРОПОЛЬСКОМУ КРАЮ

(наименование территориального органа Фонда)



Заместитель управляющего

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

Место печати территориального органа Фонда

[Handwritten Signature]
(подпись)

Жукова Евгения Михайловна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

С решением о проведении выездной проверки ознакомлен

Судавцов Д.Н. - полномочный помощник руководителя

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

Дмитрий Ставропольского края, первый заместитель председателя

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя) ДСК



[Handwritten Signature]
(подпись)

Место печати (при наличии) страхователя

24 ноября 2025

(дата)