

**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 № 5  
к приказу Фонда пенсионного и социального  
страхования Российской Федерации

от 31.05.2023

№ 933

Форма

**Справка  
о проведенной выездной проверке**

от 25.11.2025  
(дата)

№ 26102550001312

В соответствии с решением

заместителя управляющего отделением

(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)

Ломовой Ирины Ивановны

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

о проведении выездной проверки от 24.11.2025 № 26102550001311 (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

главным специалистом-экспертом - Коваленко Еленой Васильевной, главным специалистом-экспертом - Умрихиной Яной Сергеевной (руководитель проверяющей группы)

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших проверку)

**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ ПО СТАВРОПОЛЬСКОМУ КРАЮ**

(наименование территориального органа Фонда, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка страхователя

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	<u>1067600195</u>
код территориального органа Фонда	<u>036</u>
ИНН	<u>2634003904</u>
КПП	<u>263401001</u>
адрес места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица	<u>355017,355017, Россия, край Ставропольский, г Ставрополь, пл Ленина, дом 3</u>

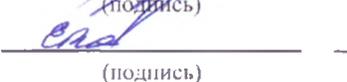
за период с 01.01.2022 по 31.12.2024  
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 24.11.2025,  
(дата)

проверка окончена 25.11.2025.  
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда, проводивших выездную проверку:

<u>Главный специалист-эксперт</u> (должность)	 (подпись)	<u>Умрихина Яна Сергеевна</u> (фамилия, имя, отчество (при наличии))
<u>Главный специалист-эксперт</u> (должность)	 (подпись)	<u>Коваленко Елена Васильевна</u> (фамилия, имя, отчество (при наличии))
<u>25.11.2025</u> (дата)		

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил

Сергей замполитер предсраитель Директор Визово-визового  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения)  
край Сурацков Д.И.  
или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)



(подпись)

Место печати (при наличии) страхователя

25.11.2025  
(дата)

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя) от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись лица, проводившего  
выездную проверку)

(дата)