

ФОНД СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Государственное учреждение –
Курганское региональное отделение
Фонда социального страхования
Российской Федерации

ул. Кравченко, 55, г. Курган, 640022
Тел.: 8 (3522) 419-201. Факс: 8 (3522) 419-202

Справка
о проведенной выездной проверке

от 24.04.2015

№ 1150130013с/с

В соответствии с решением Заместителя управляющего Государственным учреждением – Курганским региональным отделением Фонда социального страхования Российской Федерации А.А. Криворотова о проведении выездной проверки

от 13.04.2015

№ 136

Васильевой Мариной Владимировной – главным специалистом-ревизором Государственного учреждения – Курганского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством в Фонд социального страхования Российской Федерации плательщиком страховых взносов

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН
ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА И ИНВАЛИДОВ ПО ГОРОДУ КУРГАНУ"

(полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения))

регистрационный номер в органе контроля

за уплатой страховых взносов

4500003238

Код подчиненности

45001

ИНН

4501028290

КПП

450101001

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

640001, Станционная ул, д. 44А, Курган г,
КУРГАНСКАЯ ОБЛАСТЬ

за период с 01.01.2012 по 31.12.2014.

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 13.04.2015, проверка окончена 24.04.2015.

Подписи должностных лиц органа контроля за уплатой страховых взносов,
проводивших выездную проверку:

Васильева Марина Владимировна – Главный специалист-ревизор

(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки)

(подпись)

24.04.2015

(дата)

Справку о проведенной выездной проверке получил

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

(подпись)

(дата)

Место печати плательщика
страховых взносов

Вх. №	502
Дата	24.04.2015
Подпись	<i>[подпись]</i>