

регистрационный номер в территориальном органе
страховщика (код подчиненности)
ИНН
КПП

8602003173

8602000852

860201001

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

628418, ЛЕРМОНТОВА УЛ, д. ДОМ 9, СУРГУТ Г,
ХАНТЫ-МАНСКИЙСКИЙ АО

**Требование
о представлении документов**

от « 21 » февраля 2019 г.
(дата)

№ 5425345

В соответствии со статьей 26.18 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) страхователю необходимо представить в течение 10 дней со дня вручения настоящего требования следующие необходимые для проверки документы за период с 01.10.2018 по 31.12.2018 г.:

- Списки работающих инвалидов с указанием группы инвалидности, номера пенсионного удостоверения, номера и даты выдачи удостоверения, подтверждающего факт установления инвалидности, на каждого инвалида;
- Справки (копии справок) учреждений медико-социальной экспертизы, подтверждающие наличие инвалидности у работников-инвалидов;
- Сведения о начисленных и уплаченных страховых взносов по каждому инвалиду за 2018 год.

Истребуемые документы представляются в виде заверенных копий!

Отказ проверяемого лица в представлении запрашиваемых документов или их непредставление в установленные сроки признаются правонарушением и влекут ответственность, предусмотренную статьей 26.31 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ.

В случае, если проверяемое лицо не имеет возможности представить истребуемые документы в течение 10 дней, это лицо в течение одного дня, следующего за днем получения требования о представлении документов, письменно уведомляет проверяющих должностных лиц территориального органа страховщика о невозможности представления в указанные сроки документов с указанием причин, по которым истребуемые документы не могут быть представлены в установленные сроки, и о сроках, в течение которых проверяемое лицо может представить истребуемые документы.

Истребуемые документы просим предоставить через Единый портал государственных услуг «Подача документов, служащих основанием для исчисления и уплаты (перечисления) страховых взносов, а также документов, подтверждающих правильность исчисления и своевременность уплаты (перечисления) страховых взносов».

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводящих проверку:

Лакизюк Светлана Владимировна - Главный специалист
отдела АСВ Филиала № 2 ГУ-РО ФСС РФ по Ханты-
Мансийскому автономному округу — Югре
(должность)


(подпись)

Лакизюк Светлана Владимировна - Главный
специалист
(Ф.И.О.)

БАТАЛИНА ВЕРА СЕМЕНОВНА

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

или Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

Требование о представлении документов получил

(подпись)

Вх. 15/23-Вх-1154
от 19.03.2019
(дата)

Примечание:

Требование о представлении документов может быть передано страхователю (его законному или уполномоченному представителю) лично под расписку, направлено по почте заказным письмом или передано в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления указанного требования по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней с даты отправления заказного письма.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПО ХМАО - ЮГРЕ
ФИЛИАЛ №2
12 АПР 2019
главный специалист
ЛАКИЗЮК С.В.

*Принято в работу
без разногласий*