

**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 30 мая 2023 г.  
№ 932

Форма

**Решение  
о проведении выездной проверки**

от 04.03.2026  
(дата)

№ 26052680000061

В соответствии с частью 1 статьи 47 Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и статьей 26<sup>16</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний»

заместитель 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)

**Писаренко Александр Александрович**

(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) полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ "БУДЕННОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ"**

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

регистрационный номер в территориальном органе Фонда 1096765761 ,

код территориального органа Фонда 036 ,

ИНН 2624014960 ,

КПП 262401001 ,

адрес в пределах местонахождения организации  
(обособленного подразделения)/адрес регистрации по  
месту жительства индивидуального  
предпринимателя, физического лица,  
застрахованного лица

356800, 356800, Россия, край  
Ставропольский, р-н Буденновский, г  
Буденновск, ул Пушкинская, дом 115 ,

за период с 01.01.2023 по 31.12.2025 .  
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

Гаркаевой Наталье Анатольевне, Главному специалисту-эксперту

(должность, 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 отделением

(должность руководителя (заместителя  
руководителя) территориального органа Фонда)

(подпись)

А.А. Писаренко

(фамилия, имя, отчество (при  
наличии))

Место печати  
территориального органа  
Фонда



С решением о проведении выездной проверки ознакомлен

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

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



Место печати (при наличии)  
страхователя

04.03.2022

(дата)