

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 04.03.2026
(дата)

№ 26052650000211

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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ "БУДЕННОВСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ" (ГБПОУ СК
"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 места нахождения организации (обособленного подразделения)/адрес постоянного места жительства индивидуального предпринимателя, физического лица

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

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 01.01.2023 по 31.12.2025
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

Корчагиной Инне Анатольевне, 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)

(подпись)

Жукова Евгения Михайловна

(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)



(подпись)

05.03.2026
(дата)

Место печати (при наличии)
страхователя

**ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ**
Сертификат 195419406168539268888293865606322404126
Владелец Жукова Евгения Михайловна
Действителен с 16.05.2025 по 09.08.2026