

Филиал № 5 Государственного учреждения -  
Нижегородского регионального отделения  
Фонда социального страхования Российской Федерации  
603005, Нижегородская область, г. Нижний Новгород,  
ул. Минина, д. 16а, 2 этаж  
тел. 422-05-00, факс 422-04-78

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 27.12.2021 г. № 593

Форма

### Справка

**о проведенной выездной проверке 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**

от 01.11.2022  
(дата)

№ 52052270000603

В соответствии с решением

директора филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

филиала № 5 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Череповой Елены Ивановны

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

о проведении выездной проверки 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 (далее - выездная проверка) от 26.10.2022 № 52052270000601

главным специалистом-ревизором - Мыскиной Ольгой Александровной (Нижегородское (филиал № 5)),

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

филиала № 5 Государственного учреждения - Нижегородского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, должности лица которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка страхователя

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОГО РАЙОНА ГОРОДА НИЖНЕГО НОВГОРОДА"**

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда социального страхования Российской Федерации

5205008312

Код подчиненности

52051

ИНН

5260122497

КПП

526001001

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

603000, ОБЛАСТЬ НИЖЕГОРОДСКАЯ, ГОРОД НИЖНИЙ НОВГОРОД, УЛИЦА ИЛЬИНСКАЯ, 69

за период с 01.01.2019 по 31.12.2021  
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 26.10.2022  
(дата)  
проверка окончена 01.11.2022  
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, проводивших выездную проверку:

Главный специалист-ревизор  
(должность)

*Моеф*  
(подпись)

Мыскина Ольга Александровна  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

01.11.2022  
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил

*Директор Брусил С.Ю*  
(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

(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)

(дата)