

Уведомление
об участии в рассмотрении материалов выездной проверки правильности расходов
на выплату страхового обеспечения по ОСС

от "26" января 2015 г.
(дата)

№ 4с/с

Гусарова Н.В. Директор Филиал № 4 Государственного учреждения - Московского областного
регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации
(Ф.И.О., должность, наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

в соответствии с пунктом 3 части 1 статьи 29 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ
"О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования
Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и
территориальные фонды обязательного медицинского страхования" вызывает плательщика страховых
взносов ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "ЕГОРЬЕВСКИЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ "ЧАЙКА "

(полное наименование организации (обособленного подразделения),
Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в органе контроля за уплатой
страховых взносов (код подчиненности)

5004003284 (50041)

ИНН

5011015449

КПП

501101001

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

140343, д. 41, Сергеевский п, Егорьевский р-н,
Московская обл

в Филиал № 4 Государственного учреждения - Московского областного регионального отделения Фонда
социального страхования Российской Федерации

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

по адресу: 140300, Московская обл., г.Егорьевск, ул.Советская д.126, ком. 2

(место нахождения органа контроля за уплатой страховых взносов и № комнаты)

«17» февраля 2015 в 11 час. 00 мин.

(указать день и время)

непринятие к зачету расходов за счет средств ФСС по акту выездной проверки № 4с/с от 26.01.2015 г.

(указать подробное описание цели вывоза плательщика страховых взносов)

Директор

Гусарова Н.В.

(должность, руководителя органа контроля
за уплатой страховых взносов)

(подпись)

(Ф.И.О.)

Телефон: 8 (49640) 4-69-35

Место печати органа контроля
за уплатой страховых взносов

Уведомление о вызове плательщика страховых взносов получил **.

Директор Малахов Александр Анатольевич

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

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

(подпись)

26.01.2015

(дата)

* При необходимости могут быть указаны несколько дней и приемные часы.

** Заполняется в случае вручения уведомления непосредственно соответствующему лицу.