

ФОНД ПЕНСИОННОГО  
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И  
СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ПО БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ  
(ОСФР по Брянской области)

Приложение №5  
к приказу Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
от 27.12.2021 № 593

Управление организации страхования

профессиональных рисков

ул.Фокина, д.73, стр. 2, г.Брянск, 241050  
тел (84832)62-41-11, тел/факс (84832) 62-41-09  
<http://sfr.gov.ru/branches/bryansk/>; [info@ro32.fss.ru](mailto:info@ro32.fss.ru)  
ОГРН 1023202737062, ОКПО 32070500

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 27.01.2023 г.

№

32002370000292

В соответствии с решением

Начальник Управления организации страхования профессиональных рисков

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

Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

Черник Дмитрий Дмитриевич

(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 23.01.2023 г. № 32002370000291

Ведущим специалистом – экспертом Менчиковой Любовью Анатольевной

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

Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации.

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

проведена выездная проверка страхователя

Государственное бюджетное учреждение Брянской области «Комплексный центр социального обслуживания населения Жуковского района» ГБУ КЦСОН Жуковского района

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

Регистрационный номер в территориальном

оргane Фонда социального страхования

3202120007

Код подчиненности

32001

ИНН

3212003626

КПП

324501001

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

242700, Брянская область, Жуковский район, г. Жуковка, ул. Парковая, дом 2.

за период с 01.01.2020 г. по 31.12.2022 г.  
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 23.01.2023 г.,  
(дата)

проверка окончена 27.01.2023 г.  
(дата)

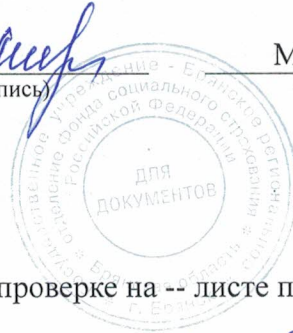
Подписи должностных лиц Управления организации страхования профессиональных рисков Отделения Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации по Брянской области, проводивших проверку:

Ведущий специалист  
-эксперт  
(должность)

  
(подпись)

Менчикова Любовь Анатольевна  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

27.01.2023 г.  
(дата)



Справку о проведенной выездной проверке на -- листе получил

Директор ТОО «Услуги жуковского района»

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения) или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

Безикова Ольга Александровна

  
(подпись)

27.01.2023 г.  
(дата)

Место печати (при наличии)  
страхователя



(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения) или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

от получения настоящей справки уклоняется.  
Направить настоящую справку по почте.

(подпись)

(дата)