

Государственное учреждение - Вологодское региональное  
отделение Фонда социального страхования Российской  
Федерации

160001, Вологодская область, г.Вологда, пр-кт Победы, д.33  
тел. (8172) 72-03-04, факс (8172) 72-79-22  
e-mail: info@ro35.fss.ru, r35.fss.ru

Приложение № 8  
к приказу  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
от 25.01.2017 № 9

Форма 7

Акт выездной проверки

от 28.12.2022  
(дата)

№ 35002250007514

Мною, Никоненко Наталией Александровной, консультантом-ревизором

(Ф.И.О.<sup>1</sup> лиц, проводивших выездную проверку,  
с указанием должностей и руководителя группы)

Государственного учреждения - Вологодского регионального отделения Фонда социального страхования  
Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проверке)

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний (далее – страховые взносы) в Фонд социального страхования Российской Федерации (далее – Фонд), по установленному законодательством Российской Федерации тарифу с учетом установленной территориальным органом страховщика скидки (надбавки), а также правомерности произведенных расходов страхователем на выплату страхового обеспечения страхователем

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "СПОРТИВНАЯ ШКОЛА ОЛИМПИЙСКОГО  
РЕЗЕРВА ПО БАСКЕТБОЛУ"

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О.)

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

3500258818

Код подчиненности

35001

ИНН <sup>3</sup>

3525061760

КПП <sup>4</sup>

352501001

Адрес места нахождения организации  
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального  
предпринимателя, физического лица

160014, ОБЛАСТЬ ВОЛОГОДСКАЯ, ГОРОД  
ВОЛОГДА, ПЕРЕУЛОК НЕКРАСОВСКИЙ, ДОМ 15А

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

Год	Основной вид экономической деятельности (код по ОКВЭД)	Класс профессионального риска	Размер страхового тарифа	Скидка/надбавка
2019	93.19	1	0.2	Нет
2020	93.19	1	0.2	Нет
2021	93.19	1	0.2	Нет

Выездная проверка проведена в соответствии с Федеральным законом 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).

1. Место проведения выездной проверки

160019, г.Вологда, ул.Чернышевского, д.63

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа страховщика)

2. Выездная проверка начата 26.12.2022 окончена 28.12.2022  
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением <sup>5</sup>

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была приостановлена с \_\_\_\_\_  
(дата)

4. В соответствии с решением <sup>5</sup>

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.) (дата)

выездная проверка была возобновлена с \_\_\_\_\_  
(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения) <sup>6</sup> в проверяемом периоде являлись:

<u>ДИРЕКТОР</u> (наименование должности)	<u>ФРОЛОВА МАРИНА НИКОЛАЕВНА</u> (Ф.И.О.)	
---	--	--

<u>главный бухгалтер</u> (наименование должности)	<u>централизованная бухгалтерия</u> (Ф.И.О.)	<u>Соглашения на 2019-2020 годы от 09.01.2019 № Ф/2/140, на 2021 год от 11.01.2021 № 12к/2021</u>
--	---	---

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки  
(сплошным, выборочным)

представленных следующих документов:

- устав,
- положение об оплате труда и премировании,
- штатные расписания,
- полные своды начислений, удержаний и выплат,
- расчетные ведомости по заработной плате,
- документы, подтверждающие суммы и обоснованность выплат, не подлежащих обложению страховыми взносами,
- оборотные - сальдовые ведомости,
- карточки индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов,
- справка МСЭ об установлении инвалидности,
- расчеты по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (ф.4-ФСС) за 2019, 2020, 2021.

(указываются виды проверенных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие документы: <sup>7</sup>

(указываются виды непредставленных документов и при необходимости перечень конкретных документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с \_\_\_\_\_ 21.11.2019 \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ 22.11.2019 \_\_\_\_\_,  
 (дата) (дата)  
 Акт выездной проверки от \_\_\_\_\_ 22.11.2019 \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ 25217н/с \_\_\_\_\_ 8.  
 (дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения  
 устранены \_\_\_\_\_

(устранены/не устранены (в случае неустранения нарушений – указывается их существо))

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. ~~выявлены~~/не выявлены (ненужное зачеркнуть) нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

10.1.1. занижение базы для начисления страховых взносов в Фонд: <sup>9</sup>

не выявлены.

Период (месяц, год)	Сумма заниженной базы для начисления страховых взносов (в рублях)
---------------------	---

В результате сумма неуплаченных страховых взносов составила: <sup>9</sup>

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
---------------------	---

10.1.2. неуплата (неполная уплата) сумм страховых взносов в результате других неправомерных действий (бездействия): <sup>9</sup>

не выявлена.

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма неуплаченных страховых взносов (в рублях)
---------------------	---

10.1.3. произведены расходы с нарушением требований законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, либо не подтвержденные документами: <sup>9</sup>

нарушений не выявлено.

(указать каких)

Период (месяц, год)	Сумма непринятых к зачету расходов (в рублях)
---------------------	---

10.1.4. непредставление в установленный срок расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, а также по расходам на выплату страхового обеспечения (далее – расчет): <sup>9</sup>

Период	Установленный срок предоставления расчета	Расчет представлен/ не представлен
--------	---	------------------------------------

не выявлено.

10.1.5. другие нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний: <sup>9</sup>

не выявлены.

(приводятся документы, подтверждающие факты нарушения законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. взыскать с \_\_\_\_\_ МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "СПОРТИВНАЯ ШКОЛА ОЛИМПЕЙСКОГО РЕЗЕРВА ПО БАСКЕТБОЛУ" \_\_\_\_\_

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

11.1.1. сумму неуплаченных страховых взносов за \_\_\_\_\_ 01.01.2019 - 31.12.2021 \_\_\_\_\_  
 (период)

в размере 0,00 руб.;<sup>9</sup>  
в том числе расходы, не принятые к зачету в счет страховых взносов в Фонд

в сумме 0,00 рублей.<sup>9</sup>

11.1.2. пени за неуплату (несвоевременную уплату) страховых взносов в размере 0,00 руб.;<sup>9</sup>

11.2. страхователю внести необходимые исправления в документы бухгалтерского учета;<sup>9</sup>

11.3. \_\_\_\_\_;<sup>9</sup>

(приводятся другие предложения проверяющих по устранению выявленных нарушений законодательства Российской Федерации об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний)

11.4. привлечь МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "СПОРТИВНАЯ ШКОЛА ОЛИМПИЙСКОГО РЕЗЕРВА ПО БАСКЕТБОЛУ"

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

к ответственности, предусмотренной: 11.4.1. пунктом \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ статьи \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

11.4.2. пунктом \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ статьи \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ за

(указывается состав правонарушения)

Приложение: на - листах

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в

Государственное учреждение - Вологодское региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям.

При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подписи должностных лиц  
территориального органа страховщика,  
проводивших проверку

  
(подпись)

Никоненко Наталия  
Александровна  
(Ф.И.О.)

Подпись руководителя организации  
(обособленного подразделения) с  
указанием должности, индивидуального  
предпринимателя, физического лица  
(их уполномоченного представителя)

\_\_\_\_\_  
(должность)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ приложениями на 3 листах получил  
(количество приложений)

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

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется.<sup>10</sup>

Направить настоящий акт по почте.

\_\_\_\_\_  
(подпись лица, проводившего  
выездную проверку)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Примечание.

Акт проверки в течение пяти дней с даты подписания этого акта должен быть вручен лицу, в отношении которого проводилась проверка (его уполномоченному представителю), лично под расписку, направлен по почте заказным письмом или передан в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления акта проверки по почте заказным письмом датой вручения этого акта считается шестой день с даты отправления заказного письма.<sup>11</sup>

<sup>1</sup> Отчество указывается при наличии.

<sup>2</sup> Указывается при наличии руководителя группы.

<sup>3</sup> Идентификационный номер налогоплательщика.

<sup>4</sup> Код причины постановки на учет в налоговом органе.

<sup>5</sup> Заполняется при наличии соответствующего решения.

<sup>6</sup> Заполняется для организаций.

<sup>7</sup> Заполняется в случае непредставления документов.

<sup>8</sup> Заполняется в случае ранее проведенной проверки.

<sup>9</sup> Заполняется в случае выявления нарушения законодательства Российской Федерации.

<sup>10</sup> Запись делается в случае уклонения страхователя, в отношении которого проводилась выездная проверка (его уполномоченного представителя), от получения акта.

<sup>11</sup> Пункт 4 статьи 26.19 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний".

**Государственное учреждение - Вологодское  
региональное отделение Фонда социального  
страхования Российской Федерации**

160001, Вологодская область, г.Вологда, пр-кт  
Победы, д.33

тел. (8172) 72-03-04, факс (8172) 72-79-22

e-mail: info@ro35.fss.ru, r35.fss.ru

Приложение № 5  
к приказу  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
от 25.01.2017 № 9

Форма 5

**Справка  
о проведенной выездной проверке страхователя  
по обязательному социальному страхованию от несчастных  
случаев на производстве и профессиональных заболеваний**

от 28.12.2022  
(дата)

№ 35002250007513

В соответствии с решением

заместителя управляющего отделением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

Государственного учреждения - Вологодского регионального отделения Фонда социального  
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Андреевой Светланы Васильевны

(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

о проведении выездной проверки от 26.12.2022 № 35002250007511  
(дата)

консультантом-ревизором - Никоненко Наталией Александровной (ГУ-Вологодское РО ФСС  
РФ)

(должности, Ф.И.О. лиц, проводивших проверку)

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица  
которого привлекались к проведению проверок)

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности  
уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное социальное страхование от  
несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний в Фонд социального  
страхования Российской Федерации, а также правомерности произведенных расходов на  
выплату страхового обеспечения страхователем

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "СПОРТИВНАЯ ШКОЛА  
ОЛИМПИЙСКОГО РЕЗЕРВА ПО БАСКЕТБОЛУ".

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

3500258818

Код подчиненности

35001

ИНН

3525061760

КПП

352501001

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

160014, ОБЛАСТЬ ВОЛОГОДСКАЯ,  
ГОРОД ВОЛОГДА, ПЕРЕУЛОК  
НЕКРАСОВСКИЙ, ДОМ 15А

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

Срок проведения выездной проверки:  
проверка начата 26.12.2022,  
(дата)  
проверка окончена 28.12.2022.  
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Консультант-ревизор  Никоненко Наталия Александровна  
(должность) (подпись) (Ф.И.О.)

28.12.2022  
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получил

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

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

\_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)

Примечание.

В случае, если страхователь (его уполномоченный представитель) уклоняется от получения справки о проведенной проверке, указанная справка направляется страхователю по почте заказным письмом и считается полученной по истечении шести дней со дня направления заказного письма.