



**ПЕНСИОННЫЙ ФОНД  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ -  
УПРАВЛЕНИЕ ПЕНСИОННОГО ФОНДА  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**В г.Югорске**

**ХАНТЫ- МАНСИЙСКОГО  
АВТОНОМНОГО ОКРУГА – ЮГРЫ  
(межрайонное)**

**Клиентская служба (на правах отдела)  
в Советском районе  
(Тюменская область)**

Гастелло, 39, Советский, 628240  
телефон: 3-84-63 факс: 6-10-30, 3-84-63  
ОГРН 1028601843676  
ИНН/КПП 8615011072/861501001

№ \_\_\_\_\_  
На № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Утверждена Постановлением  
Правления ПФР  
от 11 января 2016 г. №1п

Форма 15-ПФР

**Справка о проведенной выездной проверке**

от 14.03.2019г.

№2

В соответствии с решением начальника Государственного учреждения Управления Пенсионного фонда Российской Федерации в г.Югорске Ханты-Мансийского автономного округа - Югры Колчановой Т.Л. о проведении выездной проверки от 16.01.2019г №1

- ведущим специалистом – экспертом Клиентской службы (на правах отдела) в Советском районе – Наговициной Еленой Владимировной (руководитель проверки);
- главным специалистом – экспертом Клиентской службы (на правах отдела) в Советском районе – Петкевич Анной Алексеевной;
- главным специалистом – экспертом Клиентской службы (на правах отдела) в Советском районе – Зеленец Ириной Анатольевной;

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

ГУ - Управления Пенсионного фонда Российской Федерации в г.Югорске Ханты-Мансийского автономного округа – Югры (межрайонное)

(наименование органа контроля уплаты страховых взносов)

проведена выездная проверка правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное пенсионное страхование в Пенсионный фонд Российской Федерации, на обязательное медицинское страхование в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования плательщиком страховых взносов

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ «СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ»**

(полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения), физического лица)

Ф.И.О. индивидуального предпринимателя, Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Советский районный социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних»
Лист № 429 на _____ листах « 18 » марта 2019 г.
Подпись _____

регистрационный номер в органе контроля  
за уплатой страховых взносов  
ИНН  
КПП

027-018-001178

8615009411

861501001

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

628250, ХМАО-Югра, Советский р-н,  
Пионерский п., Заводская ул., д.2

за период с 01.01.2016 года по 31.12.2016 года.  
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 16.01.2019г.,  
(дата)

проверка окончена 14.03.2019г.  
(дата)

Подписи должностных лиц органа контроля за уплатой страховых взносов,  
проводивших выездную проверку:

Ведущий специалист-эксперт Клиентской службы  
(на правах отдела) в Советском районе  
(должность)

(подпись)

Наговицина Е.В.  
(Ф.И.О.)

Главный специалист-эксперт Клиентской службы  
(на правах отдела) в Советском районе  
(должность)

(подпись)

Петкевич А.А.  
(Ф.И.О.)

Главный специалист-эксперт Клиентской службы  
(на правах отдела) в Советском районе  
(должность)

(подпись)

Зеленец И.А.  
(Ф.И.О.)

14.03.2019г.  
(дата)

Место печати органа контроля  
за уплатой страховых взносов

Справку о проведенной выездной проверке на одном листе получил <\*>.

✓ Директор Ешерица Татьяна Анатольевна Соколова  
(должность, Ф.И.О. руководителя организации (обособленного подразделения) или

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

✓  
(подпись)  
Место печати плательщика  
страховых взносов

✓ 18.03.2019  
(дата)

Заполняется в случае вручения справки о проведенной выездной проверке непосредственно соответствующему лицу.