

**Социальный фонд России**  
**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА**  
**ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО**  
**СТРАХОВАНИЯ**  
**РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
**ПО ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**  
**(ОСФР ПО ВОЛГОГРАДСКОЙ**  
**ОБЛАСТИ)**

400001, Волгоградская область, Волгоград город, Рабоче-  
Крестьянская улица, 16  
Телефон 8(8442) 95-39-50, 95-37-96, 95-40-24, 95-37-11  
E-mail: [osfr@34.sfr.gov.ru](mailto:osfr@34.sfr.gov.ru) [www.sfr.gov.ru](http://www.sfr.gov.ru)

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ**  
**УЧРЕЖДЕНИЕ "ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ УЧИЛИЩЕ № 13 ИМЕНИ ДВАЖДЫ ГЕРОЯ**  
**СОЦИАЛИСТИЧЕСКОГО ТРУДА В.И.ШТЕПО" (ГБПОУ "ПУ № 13")**

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

Регистрационный номер в территориальном органе Фонда  
социального страхования Российской Федерации

3411090065

Код подчиненности

34111

ИНН

3409100592

КПП

340901001

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

404503, ОБЛАСТЬ ВОЛГОГРАДСКАЯ,  
РАЙОН КАЛАЧЕВСКИЙ, ГОРОД КАЛАЧ-  
НА-ДОНУ, УЛИЦА ОКТЯБРЬСКАЯ, 271

**Требование о представлении сведений и документов**

от 10.08.2023  
(дата)

№ 34112380000242

В соответствии со статьей 4<sup>7</sup> Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (далее - Закон № 255-ФЗ), статьей 26.18 Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» (далее - Закон №125-ФЗ) (нужное подчеркнуть) страхователю необходимо представить в течение 10 рабочих дней со дня вручения настоящего требования, следующие необходимые для проверки сведения и документы:

- 1) Документы, определяющие систему оплаты труда, установленную страхователем ("Положение об оплате труда", "Положение о премировании", "Коллективный договор", штатное расписание, приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, определяющие систему оплаты труда страхователя и влияющие на исчисление заработка застрахованного лица);
- 2) Документы, устанавливающие наличие трудовых отношений между страхователем и застрахованным лицом и подтверждающие страховой стаж застрахованного лица (трудовая книжка, трудовой договор, служебный контракт, военный билет);
- 3) Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия;
- 4) Заявление застрахованного лица о замене календарных годов;
- 5) Карточка индивидуального учета сумм начисленных выплат и иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов;

- 6) Копия свидетельства о рождении предыдущего ребенка (детей) (в случае смерти предыдущего ребенка представляется копия свидетельства о смерти);
- 7) Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход;
- 8) Листок нетрудоспособности;
- 9) Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком;
- 10) Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени);
- 11) Прочие документы;
- 12) Сведения о сумме заработка застрахованного лица, из которого исчислено пособие (расчетные ведомости по заработной плате (по видам начислений и удержаний), лицевые счета или расчетные листки по заработной плате работников);
- 13) Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей);
- 14) Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось;
- 15) Табель учета рабочего времени.

(наименования, реквизиты, (номер, дата, период, к которому они относятся))

Истребуемые сведения и документы представляются в виде заверенных проверяемым лицом копий. Отказ проверяемого лица от представления запрашиваемых сведений и документов или непредставление их в установленные сроки признаются правонарушением и влекут ответственность, предусмотренную частью 4 статьи 15.33 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях, частью 1 статьи 15.2 Закона №255-ФЗ, пунктом 1 статьи 26.31 Закона №125-ФЗ (нужное подчеркнуть).

В случае, если проверяемое лицо не имеет возможности представить истребуемые сведения и документы в течение 10 рабочих дней, это лицо в течение дня, следующего за днем получения требования о представлении сведений и документов, письменно уведомляет проверяющих должностных лиц территориального органа страховщика о невозможности представления в указанные сроки сведений и документов с указанием причин, по которым истребуемые сведения и документы не могут быть представлены в установленные сроки, и о сроках, в течение которых проверяемое лицо может представить истребуемые сведения и документы.

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда, проводящих проверку:

ведущий специалист-эксперт

(должность)



(подпись)

Шефатова Наталья Викторовна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Требование о представлении сведений и документов получил

И.о. директора Ресурченко О.А., приказ 5362-О

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

от 13.07.2023г.

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)



(подпись)

10.08.2023г.

(дата)

Примечание: Требование о представлении сведений и документов может быть передано руководителю организации (его уполномоченному представителю) или физическому лицу (его законному или уполномоченному представителю) лично под расписку, направлено по почте заказным письмом или передано в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления указанного требования по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести рабочих дней с даты отправления заказного письма.

**Социальный фонд России**  
**ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА**  
**ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО**  
**СТРАХОВАНИЯ**  
**РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
**ПО ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**  
**(ОСФР ПО ВОЛГОГРАДСКОЙ**  
**ОБЛАСТИ)**

400001, Волгоградская область, Волгоград город, Рабоче-  
Крестьянская улица, 16  
Телефон 8(8442) 95-39-50, 95-37-96, 95-40-24, 95-37-11  
E-mail: [info@ro34.fss.ru](mailto:info@ro34.fss.ru) [www.sfr.gov.ru](http://www.sfr.gov.ru)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 27.12.2021 г. № 594

Форма

**Справка**

**о проведенной выездной проверке полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение**

от 15.08.2023  
(дата)

№ 34112380000243

В соответствии с решением начальника отдела проверок № 3 Управления организации администрирования страховых взносов

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)  
**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ**  
**ФЕДЕРАЦИИ ПО ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда)  
Рожковой Татьяны Анатольевны

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда)

о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение (далее - выездная проверка) от 10.08.2023 № 34112380000241

ведущим специалистом-экспертом - Шефатовой Натальей Викторовной,

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

отдела проверок №3 Управления организации администрирования страховых взносов  
**ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ**  
**ФЕДЕРАЦИИ ПО ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ**

(наименование территориального органа Фонда, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)  
проведена выездная проверка страхователя

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ**  
**УЧРЕЖДЕНИЕ "ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ УЧИЛИЩЕ № 13 ИМЕНИ ДВАЖДЫ ГЕРОЯ**  
**СОЦИАЛИСТИЧЕСКОГО ТРУДА В.И.ШТЕПО"**

(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

3411090065

Код подчиненности

ИНН

КПП

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

34111

3409100592

340901001

404503, ОБЛАСТЬ ВОЛГОГРАДСКАЯ,  
РАЙОН КАЛАЧЕВСКИЙ, ГОРОД  
КАЛАЧ-НА-ДОНУ, УЛИЦА  
ОКТЯБРЬСКАЯ, 271за период с 01.07.2020 по 31.12.2022  
(дата) (дата)

Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 10.08.2023  
(дата)проверка окончена 15.08.2023  
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда, проводивших выездную проверку:

Ведущий специалист-эксперт  
(должность)

(подпись)

Шефатова Наталья Викторовна  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))15.08.2023  
(дата)Справку о проведенной выездной проверке на 1 листе получили.о. директора Тесчеренко О.А., приказ 5362-0  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))от 13.07.2023г.  
или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (их уполномоченных представителей)

(подпись)

15.08.2023г.  
(дата)Место печати (при  
наличии) страхователя

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

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись)

(дата)

**Социальный фонд России  
ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО  
И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО  
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ  
(ОСФР ПО ВОЛГОГРАДСКОЙ  
ОБЛАСТИ)**

400001, Волгоградская область, Волгоград город, Рабоче-  
Крестьянская улица, 16  
Телефон 8 (800) 95-38-23, 95-36-51, 95-37-11 Факс (8442)  
60-41-19  
E-mail: [osfr@34.sfr.gov.ru](mailto:osfr@34.sfr.gov.ru) [www.sfr.gov.ru](http://www.sfr.gov.ru)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7  
к приказу Фонда социального страхования  
Российской Федерации  
от 27.12.2021 г. № 594

Форма 7

**Акт выездной проверки**

от 16.08.2023  
(дата)

№ 34112380000244

Мною, Шефатовой Натальей Викторовной ведущим специалистом-экспертом

(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и руководителя  
проверяющей группы)

отдела проверок №3 Управления организации администрирования страховых взносов ОТДЕЛЕНИЯ ФОНДА  
ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО  
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

(наименование территориального органа Фонда пенсионного и социального страхования Российской Федерации (далее –  
территориальный орган Фонда), должностные лица которого привлекались к проведению проверки)

проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем или  
застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового  
обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на  
погребение

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
"ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ УЧИЛИЩЕ № 13 ИМЕНИ ДВАЖДЫ ГЕРОЯ СОЦИАЛИСТИЧЕСКОГО  
ТРУДА В.И.ШТЕПО" (ГБПОУ "ПУ № 13")

(полное и 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

3411090065

Код подчиненности

34111

ИНН

3409100592

КПП

340901001

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

404503, ОБЛАСТЬ ВОЛГОГРАДСКАЯ, РАЙОН  
КАЛАЧЕВСКИЙ, ГОРОД КАЛАЧ-НА-ДОНУ, УЛИЦА  
ОКТЯБРЬСКАЯ, 271

за период с 01.07.2020 по 31.12.2022  
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 4<sup>7</sup> Федерального закона от 29 декабря 2006  
г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в  
связи с материнством», статьей 26<sup>16</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ

«Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и

профессиональных заболеваний»<sup>1</sup>.

1. Место проведения выездной проверки

Территория страхователя, ОБЛАСТЬ ВОЛГОГРАДСКАЯ, РАЙОН КАЛАЧЕВСКИЙ, ГОРОД  
КАЛАЧ-НА-ДОНУ, УЛИЦА ОКТЯБРЬСКАЯ, 271

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда социального страхования  
Российской Федерации)

2. Выездная проверка начата 10.08.2023 окончена 15.08.2023  
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением начальника отдела

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

Рожковой Т.А. от 10.08.2023г. № 34112380000241

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)

выездная проверка была приостановлена с

(дата)

4. В соответствии с решением

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

от

№

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(дата)

выездная проверка была возобновлена с

(дата)

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

ДИРЕКТОР

ДЕТИСТОВА ЕЛЕНА  
АЛЕКСАНДРОВНА

(наименование должности)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Главный бухгалтер

Ялунина Светлана Викторовна

(наименование должности)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

ДИРЕКТОР

ПОДСЕВАТКИН СЕРГЕЙ  
ГЕННАДЬЕВИЧ

приказ от 28.12.2021г. №  
204-лс/р

(наименование должности)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

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

следующих сведений и документов: документы, определяющие систему оплаты труда, установленную страхователем ("Положение об оплате труда", "Положение о премировании", "Коллективный договор", штатное расписание, приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, определяющие систему оплаты труда страхователя и влияющие на исчисление заработка застрахованного лица); заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия; копия свидетельства о рождении предыдущего ребенка; копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход; листки нетрудоспособности; приказы о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком; приказы и распоряжения по предприятию; иные документы, влияющие на выплату пособия; сведения о сумме заработка застрахованного лица, из которого исчислено пособие (расчетные ведомости по заработной плате (по видам начислений и удержаний), лицевые счета или расчетные листки по заработной плате работников); справки с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось; карточки индивидуального учета сумм начисленных выплаты иных вознаграждений и сумм начисленных страховых взносов; табели учета использования рабочего времени за расчетный период; другие документы, подтверждающие полноту и достоверность представленных страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения.

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

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие сведения и документы:  
к проверке все документы представлены.

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

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с

акт выездной проверки от

(дата) по (дата)  
(дата) №

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения: предыдущая выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем или застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение не проводилась.

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

10. Настоящей проверкой установлено: назначение, расчет и выплата пособий по временной нетрудоспособности в течении проверяемого периода производилась в соответствии с Федеральным законом Российской Федерации от 29 декабря 2006 года № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством», (далее закон 255-ФЗ). Пособия по уходу за ребенком до 1,5 лет назначались и выплачивались в соответствии с «Порядком и условиями назначения и выплаты государственных пособий гражданам, имеющим детей» от 23 декабря 2009г. № 1012н, «Порядком и условиями назначения и выплаты государственных пособий гражданам, имеющим детей» от 29 сентября 2020г. № 668н. Все пособия назначены в срок и выплачены в полном объеме. Нарушений нет.

- 10.1. Начислены и выплачены пособия ГБПОУ "ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ УЧИЛИЩЕ № 13 ИМЕНИ ДВАЖДЫ ГЕРОЯ СОЦИАЛИСТИЧЕСКОГО ТРУДА В.И.ШТЕПО" (ГБПОУ "ПУ № 13") на сумму 1 308 359,34 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 1 210 935,93 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 97 423,41 руб.;

- 10.2. Территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации излишне понесены расходы в связи:

10.2.1.----

- 10.2.2. В связи с осуществлением почтовых переводов для перечисления указанных пособий (оплат) через организацию федеральной почтовой связи застрахованным лицам в сумме 0,00 рублей.

- 10.2.3. В связи с удержанием и уплатой НДФЛ в сумме 0,00 рублей.

(указываются конкретные нарушения со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

- 11.1. Отказать в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме в сумме 0,00 рублей, в том числе:

| Период (месяц, год) | Сумма отказа в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях) |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- 11.2. Отменить решение о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме 0,00 рублей, в том числе:

| Период (месяц, год) | Сумма по отменному решению о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях) |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- 11.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и (или) документов либо сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения, на исчисление размера страхового обеспечения или на возмещение расходов страхователя на выплату социального пособия

на погребение в сумме 0,00 рублей, в том числе:

| Период (месяц, год) | Сумма излишне понесенных расходов (в рублях) |
|---------------------|----------------------------------------------|
|---------------------|----------------------------------------------|

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 рабочих дней со дня получения настоящего акта в ОТДЕЛЕНИЕ ФОНДА ПЕНСИОННОГО И СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ по адресу: 404503, Волгоградская обл., г. Калач-на-Дону, ул. Маяковского, 16а (в случае направления почтой либо курьером 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.

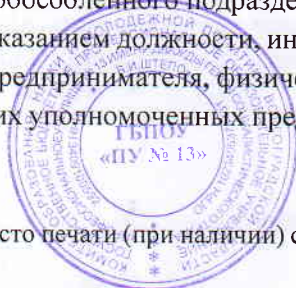
Подписи должностных лиц территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, проводивших проверку

  
(подпись)

Шефатова Наталья  
Викторовна

(фамилия, имя, отчество (при  
наличии))

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



и.о. директора  
(должность)

  
(подпись)

Зестаренко А.А.  
(фамилия, имя, отчество  
(при наличии))

✓ Место печати (при наличии) страхователя

Экземпляр настоящего акта с   —   приложениями на   4   листах получил

(количество)

и.о. директора Зестаренко А.А. приказ 5362-0  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения)  
от 13.07.2023г.

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

  
(подпись)

16.08.2023г.  
(дата)

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

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

(подпись лица, проводившего  
выездную проверку)

(дата)