

Плательщик страховых взносов МУНИЦИПАЛЬНОЕ АВТОНОМНОЕ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОСНОВНАЯ ОБЩЕОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ШКОЛА Д. ВЗВАД СТАРОРУССКОГО РАЙОНА
НОВГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

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

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

063018002555

ИНН

5322004810

КПП

532201001

Адрес места нахождения организации (обособленного
подразделения)/адрес постоянного места жительства

НОВГОРОДСКАЯ ОБЛ, СТАРОРУССКИЙ Р-Н, ВЗВАД Д,
индивидуального предпринимателя, физического лица ВЗВАДСКАЯ УЛ, 10

Требование о представлении документов

от 27.03.2014
(дата)

№ 063 018 14 ИД 0000077

На основании статьи 37 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" плательщику страховых взносов необходимо представить в течение 10 дней со дня вручения настоящего требования следующие необходимые для проверки документы:

- 1) 1. Лицензия на право ведения образовательной деятельности. 2. Налоговая декларация по налогу, уплачиваемому в связи с применением упрощенной системой налогообложения. 3. Книга доходов и расходов. 4. Положение об оказании платных услуг. 5. Договор на оказание платных дополнительных услуг. 6. Соглашение о выполнении муниципального задания. 7. План финансирования. 8. Соглашение о порядке и условиях предоставления субсидий, план ФХД на год. 8. Дополнительные соглашения. 9. Платежные поручения комитета по образованию или оборотно-сальдовые ведомости по счету финансирования. 10. Отчет об исполнении плана по ФХД.

(наименования, реквизиты, иные индивидуализирующие признаки документов, период, к которому они относятся)

Истребуемые документы представляются за 2011-2013г. в виде заверенных проверяемым лицом копий.

Отказ проверяемого лица от представления запрашиваемых документов или непредставление их в установленные сроки признаются правонарушением и влекут ответственность, предусмотренную статьей 48 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".

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

Заместитель начальника Управления

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа
контроля за уплатой страховых взносов)



(подпись)

Антонова Елена Ивановна

(Ф И О)

Место печати органа контроля
за уплатой страховых взносов

Требование о представлении документов получил.

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

или Ф И О индивидуального предпринимателя (их уполномоченного представителя)

(подпись)

(дата)

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ -
УПРАВЛЕНИЕ ПЕНСИОННОГО ФОНДА РФ В
СТАРОРУССКОМ РАЙОНЕ НОВГОРОДСКОЙ
ОБЛАСТИ (МЕЖРАЙОННОЕ)

175200 Г. СТАРАЯ РУССА УЛ. НЕКРАСОВА, Д. 22

Тел. факс: (816-52)5-72-12, (8-816-52)3-51-07

Требование
о представлении необходимых пояснений или внесении
соответствующих исправлений в расчет по начисленным и уплаченным
страховым взносам

от 27.03.2014
(дата)

№ 063 018 14 311 0000077

Заместитель начальника Управления

(должность руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)
ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ - УПРАВЛЕНИЕ ПЕНСИОННОГО ФОНДА РФ В
СТАРОРУССКОМ РАЙОНЕ НОВГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ (МЕЖРАЙОННОЕ)

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

Антонова Елена Ивановна

(Ф.И.О. руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)

ставит в известность плательщика страховых взносов

МАОУООШ Д. ВЗВАД

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

Регистрационный номер в органе контроля за
уплатой страховых взносов

06.3018002555

ИНН

5322004810

КПП

532201001

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

НОВГОРОДСКАЯ ОБЛ, СТАРОРУССКИЙ Р-Н,
ВЗВАД Д, ВЗВАДСКАЯ УЛ, 10

что в ходе камеральной проверки на основе расчета по начисленным и уплаченным страховым взносам на
обязательное пенсионное страхование в Пенсионный фонд Российской Федерации, страховым взносам на
обязательное медицинское страхование в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
(далее – расчет) за 2013 год , представленного указанным плательщиком

(период)

страховых взносов, выявлено:

см. приложение.

(указываются выявленные ошибки в расчете и (или) противоречия между сведениями, содержащимися в представленных документах, либо несоответствия сведений, представленных плательщиком страховых взносов, сведениям, содержащимся в документах, имеющихся у органа контроля за уплатой страховых взносов, и полученным в ходе контроля)

На основании статьи 34 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" указанному плательщику страховых взносов в течение 5 дней со дня вручения настоящего требования представить необходимые пояснения к расчету, на основе которого проводилась камеральная проверка, либо внести соответствующие исправления в расчет.

Заместитель начальника Управления



Антонова Елена Ивановна

(должность руководителя (заместителя руководителя)
органа контроля за уплатой
страховых взносов)

(Ф.И.О.)

Телефон: (816-52)5-72-12

Место печати органа контроля
за уплатой страховых взносов

Требование о представлении необходимых пояснений или внесении соответствующих исправлений и расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное пенсионное страхование в Пенсионный фонд Российской Федерации, страховым взносам на обязательное медицинское страхование в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования получил.*

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

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

(подпись)

(дата)

Исполнитель: Малькина О.М

тел.

Примечание.

В случае невозможности вручения требования о представлении необходимых пояснений или внесении соответствующих исправлений и расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам плательщику страховых взносов (его законному или уполномоченному представителю) под расписку или передачи иным способом, свидетельствующим о дате его получения, указанное требование направляется по почте заказным письмом и считается полученным по истечении шести дней со дня направления заказного письма.

<*> Заполняется в случае вручения плательщику страховых взносов требования о представлении необходимых пояснений или внесении соответствующих исправлений и расчет по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное пенсионное страхование в Пенсионный фонд Российской Федерации, страховым взносам на обязательное медицинское страхование в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования под расписку.

**Протокол проверки РСВ-1
№ 063 018 14 РС 0022918 от 27.03.2014**

Данные по РСВ-1

Номер корректировки: 0

Период: год

Год: 2013

Дата предоставления: 03.02.2014

Данные плательщика

Рег. Номер ПФР 063018002555

Плательщик МАОУООШ Д. ВЗВАД

Категория: ОРГАНИЗАЦИИ

№	Описание ошибки
1	Раздел 2.1.1: Ошибка валидации. Для тарифа 07 отсутствует основание для применения