

Уведомление о вызове плательщика страховых взносов

От 16.05.2014

№ 063 018 14 РМ 0000071

(Дата)

Зам. Начальника управления Антонова Елена Ивановна.

(Ф.И.О., должность, наименование органа контроля за уплатой

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

страховых взносов)

в соответствии с пунктом 3 части 1 статьи 29 Федерального закона от 24 июля 2009 г. N 212-ФЗ "О
страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования
Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования" вызывает
плательщика 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 индивидуального

предпринимателя, физического лица

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

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

(наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

по адресу: 175200 Г.СТАРАЯ РУССА УЛ.НЕКРАСОВА. Д.22, КАБ 17

(место нахождения органа контроля за уплатой страховых взносов и № комнаты)

27.06.2014 в 11:00

(указать день и время *)

рассмотрение материалов проверки 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 плательщиками страховых взносов, производящими выплаты и иные вознаграждения физическим лицам за 2013 г., представленного указанным плательщиком страховых взносов.

(указать подробное описание цели вызова плательщика страховых взносов)



Заместитель начальника Управления
районе (заместителя
руководителя органа контроля за
уплатой страховых взносов)

Антонова
(подпись)

Антонова Елена Ивановна
(Ф.И.О.)

Телефон: 81652-3-57-59

Место печати органа контроля
за уплатой страховых взносов

Уведомление о вызове плательщика страховых взносов получил **.

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

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

(Подпись)

(Дата)

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

ВЗВАДСКАЯ УЛ. Д 10, ВЗВАД Д. СТАРОРУССКИЙ Р-
Н, НОВГОРОДСКАЯ ОБЛ. 175219