

Приложение № 15
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 27 ноября 2013 г. № 698н

Форма 11

Место штампа органа контроля
за уплатой страховых взносов

Решение о возобновлении проведения выездной проверки

от _____
(дата)

№ _____

В соответствии с Федеральным законом 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” _____

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

_____ (наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

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

РЕШИЛ:

Возобновить с _____ (дата) проведение выездной проверки правильности

исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов плательщиком страховых взносов _____,

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

регистрационный номер в органе контроля
за уплатой страховых взносов (код
подчиненности) _____,

ИНН _____,

КПП _____,

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

назначенной в соответствии с решением _____

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

_____ (наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

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

от _____ № _____ и приостановленной в соответствии с

решением _____

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

_____ (наименование органа контроля за уплатой страховых взносов)

(фамилия, имя и отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) органа контроля за уплатой страховых взносов)
от _____ № _____ .

(подпись)

(Ф.И.О.)

Место печати органа контроля
за уплатой страховых взносов

С решением о возобновлении проведения выездной проверки правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов ознакомлен.

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

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

(подпись)

(дата)

Место печати плательщика
страховых взносов