

Приложение № 3
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 27 ноября 2013 г. № 698н

Форма 2-ПФР

Место штампа органа контроля
за уплатой страховых взносов

**Постановление
о взыскании страховых взносов, пеней и штрафов
за счет имущества плательщика страховых взносов – организации
(индивидуального предпринимателя)**

от _____ № _____
(дата)

(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)
рассмотрев требование об уплате недоимки по страховым взносам, пеней и штрафов от

(дата) № _____, установил, что плательщиком страховых взносов

(полное наименование организации (обособленного подразделения), Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)
не уплачены недоимка по страховым взносам, пени и штрафы по состоянию на

(дата), подлежащие уплате в срок до _____ в
(дата)

соответствии с требованием об уплате недоимки по страховым взносам, пеней и штрафов
от _____ № _____, и, руководствуясь статьями 19 и 20 Федерального закона
(дата)
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” (далее – Федеральный закон от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ),

ПОСТАНОВЛЯЕТ:

Произвести взыскание страховых взносов, пеней и штрафов за счет имущества _____

(полное наименование и адрес места нахождения организации, дата государственной регистрации в качестве юридического
лица, Ф.И.О., паспортные данные, дата и место рождения, место жительства или место пребывания, дата и место
государственной регистрации в качестве индивидуального предпринимателя, регистрационный номер в органе контроля
за уплатой страховых взносов, ИНН/КПП)
в пределах сумм, указанных в требовании об уплате недоимки по страховым взносам, пеней и штрафов
от _____ № _____, и с учетом сумм, в отношении которых произведено
(дата)
взыскание в соответствии со статьей 19 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ, в размере
неуплаченных сумм:

в Пенсионный фонд Российской Федерации:

всего _____ рублей,

в том числе:

недоимку по страховым
взносам на обязательное
пенсионное страхование
на страховую часть
трудовой пенсии _____ рублей, КБК _____

начисленные на нее _____ рублей, КБК _____

пени _____ рублей, КБК _____

штрафы _____ рублей, КБК _____

недоимку по страховым
взносам на обязательное
пенсионное страхование
на накопительную часть
трудовой пенсии _____ рублей, КБК _____

начисленные на нее _____ рублей, КБК _____

пени _____ рублей, КБК _____

штрафы _____ рублей, КБК _____

недоимку по
дополнительному тарифу
страховых взносов в
соответствии с частью 1
статьи 58.3 Федерального
закона от 24 июля 2009 г.
№ 212-ФЗ _____ рублей, КБК _____

начисленные на нее _____ рублей, КБК _____

пени _____ рублей, КБК _____

штрафы _____ рублей, КБК _____

недоимку по
дополнительному тарифу
страховых взносов в
соответствии с частью 2
статьи 58.3 Федерального
закона от 24 июля 2009 г.
№ 212-ФЗ _____ рублей, КБК _____

начисленные на нее _____ рублей, КБК _____

пени _____ рублей, КБК _____

штрафы _____ рублей, КБК _____,

в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования:
всего _____ рублей,

в том числе:

недоимку по страховым
взносам на обязательное
медицинское страхование _____ рублей, КБК _____

пени _____ рублей, КБК _____

штрафы _____ рублей, КБК _____.

Всего с плательщика страховых взносов подлежит взысканию _____ рублей.

Банковские реквизиты для перечисления взысканных сумм в Пенсионный фонд Российской Федерации

(наименование и № счета, получатель, ИНН получателя, КПП получателя, банк получателя, БИК, ОКАТО)

Банковские реквизиты для перечисления взысканных сумм в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

(наименование и № счета, получатель, ИНН получателя, КПП получателя, банк получателя, БИК, ОКАТО)

Настоящее постановление вступает в силу со дня его вынесения.

Дата выдачи настоящего постановления

_____ (дата)

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Место печати органа контроля
за уплатой страховых взносов