

Приложение № 12
к приказу Министерства труда
и социальной защиты
Российской Федерации
от 27 ноября 2013 г. № 698н

Форма 9-ПФР

Место штампа органа контроля
за уплатой страховых взносов

Решение о проведении 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:

1. Провести выездную проверку (плановая, в связи с ликвидацией (реорганизацией) (ненужное зачеркнуть) правильности исчисления, полноты и своевременности уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное пенсионное страхование в Пенсионный фонд Российской Федерации, на обязательное медицинское страхование в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования 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 _____,

ИНН _____,

КПП _____,

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

за период с _____ по _____.
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки

(должности, Ф.И.О. лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием руководителя проверяющей группы органа контроля за уплатой страховых взносов и должностных лиц налогового органа)

(подпись)

(Ф.И.О.)

Место печати органа контроля
за уплатой страховых взносов

С решением о проведении выездной проверки 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