

Филиал №1 Государственного учреждения-  
Воронежского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской  
Федерации  
394006, Воронежская область, г.Воронеж,  
ул.Станкевича, д.43.  
тел. (473) 277-77-14, факс 277-02-26

ПРИЛОЖЕНИЕ № 7  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 27.12.2021 г. № 594

Форма 7

## Акт выездной проверки

от 30.03.2022  
(дата)

№ 36012280000174

Нами (мною), Злобиной Жанной Анатольевной, главным специалистом - руководителем группы  
(фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших выездную проверку, с указанием должностей и  
руководителя проверяющей группы)

филиала №1 Государственного учреждения- Воронежского регионального отделения Фонда социального  
страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, должностные лица которого  
привлекались к проведению проверки)

проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем или  
застрахованным лицом сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового  
обеспечения, а также для возмещения расходов страхователя на выплату социального пособия на  
погребение

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
ДЕТСКАЯ ШКОЛА ИСКУССТВ № 7 ГОРОДСКОГО ОКРУГА ГОРОД ВОРОНЕЖ (МБУДО ДШИ № 7)

(полное или сокращенное (при наличии) наименование организации (обособленного подразделения),  
фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном  
органе Фонда социального страхования  
Российской Федерации

3646003472,

Код подчиненности

36011,

ИНН

3650004696,

КПП

366201001,

Адрес места нахождения организации  
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального  
предпринимателя, физического лица

394077, ОБЛАСТЬ ВОРОНЕЖСКАЯ, ГОРОД  
ВОРОНЕЖ, БУЛЬВАР ПОБЕДЫ, 32,

за период с 01.07.2019 по 31.12.2021.  
(дата) (дата)

Выездная проверка проведена в соответствии со статьей 4<sup>7</sup> Федерального закона от 29 декабря 2006  
г. № 255-ФЗ «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в  
связи с материнством», статьей 26<sup>16</sup> Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ

«Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и  
профессиональных заболеваний»<sup>1</sup>.

1. Место проведения выездной проверки  
Территория страхователя, ОБЛАСТЬ ВОРОНЕЖСКАЯ, ГОРОД ВОРОНЕЖ, БУЛЬВАР ПОБЕДЫ,  
32

(территория проверяемого лица либо место нахождения территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

2. Выездная проверка начата 28.01.2022 окончена 01.02.2022  
(дата) (дата)

3. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(фамилия, имя, отчество (при наличии)) от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выездная проверка была приостановлена с \_\_\_\_\_  
(дата)

4. В соответствии с решением

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

(фамилия, имя, отчество (при наличии)) от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
выездная проверка была возобновлена с \_\_\_\_\_  
(дата)

5. Должностными лицами (руководитель, главный бухгалтер либо лица, исполняющие их обязанности) организации (обособленного подразделения) в проверяемом периоде являлись:

|                          |                                        |
|--------------------------|----------------------------------------|
| Директор                 | ШАРКОВСКИЙ АЛЕКСЕЙ<br>АНАТОЛЬЕВИЧ      |
| (наименование должности) | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |
| Главный бухгалтер        | Расстрыгина Галина Николаевна          |
| (наименование должности) | (фамилия, имя, отчество (при наличии)) |

6. Выездная проверка проведена выборочным методом проверки представленных  
(сплошным, выборочным)

следующих сведений и документов:

Прочие документы, Документы, определяющие систему оплаты труда, установленную страхователем ("Положение об оплате труда", "Положение о премировании", "Коллективный договор", штатное расписание, приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, определяющие систему оплаты труда страхователя и влияющие на исчисление заработка застрахованного лица), Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия, Заявление застрахованного лица о замене календарных годов, Заявление супруга, близкого родственника, иного родственника, законного представителя умершего или иного лица, взявшего на себя обязанность осуществить погребение умершего, Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход, Листок нетрудоспособности (по беременности и родам), Листок нетрудоспособности, Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком, Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени), Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей), Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей), Справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС (иной документ в случае рождения ребенка за пределами территории Российской Федерации), Справка о смерти застрахованного лица (либо несовершеннолетнего члена семьи застрахованного лица), Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось, Табель учета рабочего времени.

(указываются виды проверенных сведений и документов и при необходимости перечень конкретных сведений и документов)

7. В ходе выездной проверки не были представлены следующие сведения и документы:

(указываются виды непредставленных сведений и документов и при необходимости перечень конкретных сведений и документов)

8. Предыдущая выездная проверка проводилась с

акт выездной проверки от

\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ ,  
(дата) (дата)  
\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ .  
(дата)

9. Выявленные предыдущей выездной проверкой недостатки и нарушения

(устранены/не устранены (в случае неустранения нарушений – указывается их существо)

10. Настоящей проверкой установлено:

10.1. Начислены и выплачены пособия МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТСКАЯ ШКОЛА ИСКУССТВ № 7 ГОРОДСКОГО ОКРУГА ГОРОД ВОРОНЕЖ (МБУДО ДШИ № 7) на сумму 3 567 703,25 руб., в том числе:

Пособие по временной нетрудоспособности на сумму 1 498 923,22 руб.;

Ежемесячное пособие по уходу за ребенком на сумму 925 770,20 руб.;

Пособие по беременности и родам на сумму 987 514,60 руб.;

Единовременное пособие при рождении ребенка на сумму 145 272,97 руб.;

Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности на сумму 4 097,40 руб.;

Возмещение расходов Страхователям на выплату социального пособия на погребение на сумму 6 124,86 руб.;

10.2. Территориальным органом Фонда социального страхования Российской Федерации излишне понесены расходы в связи:

10.2.1.

10.2.2. В связи с осуществлением почтовых переводов для перечисления указанных пособий (оплат) через организацию федеральной почтовой связи застрахованным лицам в сумме 0,00 рублей.

10.2.3. В связи с удержанием и уплатой НДФЛ в сумме 0,00 рублей.

(указываются конкретные нарушения со ссылкой на конкретные нормы законодательных и иных нормативных правовых актов)

11. По результатам настоящей проверки предлагается:

11.1. Отказать в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме в сумме 0,00 рублей, в том числе:

| Период (месяц, год) | Сумма отказа в назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях) |
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|

11.2. Отменить решение о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) в сумме 0,00 рублей, в том числе:

| Период (месяц, год) | Сумма по отменному решению о назначении и выплате страхового обеспечения (возмещении расходов страхователя) (в рублях) |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

11.3. Возместить расходы, излишне понесенные Фондом социального страхования Российской Федерации в связи с представлением страхователем недостоверных сведений и (или) документов либо сокрытия сведений и документов, влияющих на получение застрахованным лицом страхового обеспечения, на исчисление размера страхового обеспечения или на возмещение расходов страхователя на выплату социального пособия на погребение в сумме 0,00 рублей, в том числе:

| Период (месяц, год) | Сумма излишне понесенных расходов (в рублях) |
|---------------------|----------------------------------------------|
|---------------------|----------------------------------------------|

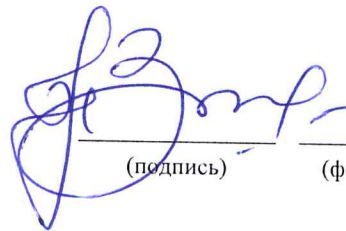
Приложение: на \_\_\_\_ листах.

В случае несогласия с фактами, изложенными в настоящем акте, а также с выводами и предложениями проверяющего (проверяющих) страхователь вправе представить в течение 15 дней со дня получения настоящего акта в Филиал №1 Государственного учреждения- Воронежского регионального отделения Фонда социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации)

письменные возражения по указанному акту в целом или по его отдельным положениям. При этом страхователь вправе приложить к письменным возражениям или в согласованный срок передать документы (их заверенные копии), подтверждающие обоснованность своих возражений.

Подписи должностных лиц территориального органа Фонда социального страхования Российской Федерации, проводивших проверку



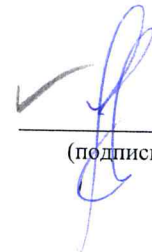
Злобина Жанна  
Анатольевна

(подпись)

(фамилия, имя, отчество (при  
наличии))

Подпись руководителя организации  
(обособленного подразделения) с  
указанием должности, индивидуального  
предпринимателя, физического лица  
(их уполномоченных представителей)

  
(должность)

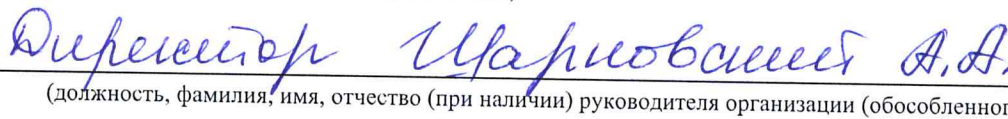
  
(подпись)

Чарновский А.А.  
(фамилия, имя, отчество  
(при наличии))

Место печати (при наличии) страхователя



Экземпляр настоящего акта с \_\_\_\_\_ приложениями на 2 листах получил  
(количество)

  
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))



30.03.2022  
(дата)

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящего акта уклоняется.

Направить настоящий акт по почте.

\_\_\_\_\_  
(подпись лица, проводившего  
выездную проверку)

\_\_\_\_\_  
(дата)

**Филиал №1 Государственного учреждения-  
Воронежского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации**

394006, Воронежская область, г.Воронеж,  
ул.Станкевича, д.43.

тел. (473) 277-77-14, факс 277-02-26

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 21 апреля 2021 № 143  
Форма 5

**Справка**

**о проведенной выездной проверке полноты и достоверности представляемых страхователем  
сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения**

от 01.02.2022  
(дата)

№ 36012280000173

В соответствии с решением

директора филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)  
филиала №1 Государственного учреждения- Воронежского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Чупеева Сергея Александровича

(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

о проведении выездной проверки от 28.01.2022 № 36012280000171

главным специалистом - руководителем группы - Злобиной Жанной Анатольевной (Воронежское  
(филиал № 1))

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, проводивших проверку)

(наименование территориального органа страховщика, должностные лица которого привлекались к проведению проверок)  
проведена выездная проверка полноты и достоверности представляемых страхователем сведений и  
документов, необходимых для назначения и выплаты страхового обеспечения страхователя:

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТСКАЯ  
ШКОЛА ИСКУССТВ № 7 ГОРОДСКОГО ОКРУГА ГОРОД ВОРОНЕЖ (МБУДО ДШИ № 7),

(полное наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального  
предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

3646003472

Код подчиненности

36011

ИНН

3650004696

КПП

366201001

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

394077, ОБЛАСТЬ ВОРОНЕЖСКАЯ,  
ГОРОД ВОРОНЕЖ, БУЛЬВАР ПОБЕДЫ,  
32

за период с 01.07.2019 по 31.12.2021  
(дата) (дата)

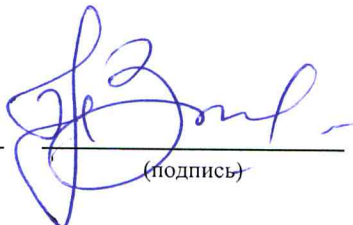
Срок проведения выездной проверки:

проверка начата 28.01.2022,  
(дата)

проверка окончена 01.02.2022.  
(дата)

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводивших выездную проверку:

Главный специалист -  
руководитель группы  
(должность)



Злобина Жанна Анатольевна  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

01.02.2022  
(дата)

Справку о проведенной выездной проверке на 2 листах получил

Директор Шарковских А.А.

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)



(подпись)

01.02.2022  
(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя))

от получения настоящей справки уклоняется.

Направить настоящую справку по почте.

(подпись)

(дата)

Примечание.

В случае, если страхователь (его уполномоченный представитель) уклоняется от получения справки о проведенной проверке, указанная справка направляется страхователю по почте заказным письмом и считается полученной по истечении шести рабочих дней со дня направления заказного письма.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ  
Сертификат Простая электронная подпись  
Владелец Пользователь  
Действителен с 01.01.2021 по 31.12.2026

Филиал №1 Государственного учреждения-  
Воронежского регионального отделения  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации

394006, Воронежская область, г.Воронеж,  
ул.Станкевича, д.43.  
тел. (473) 277-77-14, факс 277-02-26

Страхователь:

МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТСКАЯ  
ШКОЛА ИСКУССТВ № 7 ГОРОДСКОГО ОКРУГА ГОРОД ВОРОНЕЖ (МБУДО ДШИ № 7)

(полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при наличии)  
индивидуального предпринимателя, физического лица)

регистрационный номер в территориальном органе  
страховщика

3646003472

Код подчиненности

36011

ИНН

3650004696

КПП

366201001

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

394077, ОБЛАСТЬ ВОРОНЕЖСКАЯ, ГОРОД  
ВОРОНЕЖ, БУЛЬВАР ПОБЕДЫ, 32

**Требование о представлении сведений и документов**

от 28.01.2022  
(дата)

№ 36012280000172

В соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», статьей 26.18 Федерального закона от 24.07.1998 г. № 125-ФЗ «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» страхователю необходимо представить в течение 10 рабочих дней со дня вручения настоящего требования, следующие необходимые для проверки сведения и документы:

1) Документы, определяющие систему оплаты труда, установленную страхователем ("Положение об оплате труда", "Положение о премировании", "Коллективный договор", штатное расписание, приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, определяющие систему оплаты труда страхователя и влияющие на начисление заработка застрахованного лица),

2) Заявление застрахованного лица о выплате (перерасчете) пособия,

3) Заявление застрахованного лица о замене календарных годов,

4) Заявление супруга, близкого родственника, иного родственника, законного представителя умершего или иного лица, взявшего на себя обязанность осуществить погребение умершего,

5) Копия свидетельства о рождении ребенка, за которым осуществляется уход,

6) Листок нетрудоспособности (по беременности и родам),

7) Листок нетрудоспособности,

8) Приказ о предоставлении застрахованному лицу отпуска по уходу за ребенком,

9) Приказы и распоряжения по предприятию, иные документы, влияющие на выплату пособия (о простоях, об установлении неполного рабочего времени).

10) Прочие документы.

11) Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей).

12) Справка (справки) о сумме заработка, из которого должно быть исчислено пособие, с места (мест) работы (службы, иной деятельности) у другого страхователя (других страхователей).

13) Справка о рождении ребенка (детей), выданная органами ЗАГС (иной документ в случае рождения ребенка за пределами территории Российской Федерации).

14) Справка о смерти застрахованного лица (либо несовершеннолетнего члена семьи застрахованного лица).

15) Справка с места работы (службы, органа социальной защиты населения по месту жительства) другого родителя о том, что пособие не назначалось.

16) Табель учета рабочего времени.

(наименования, реквизиты, (номер, дата, период, к которому они относятся))

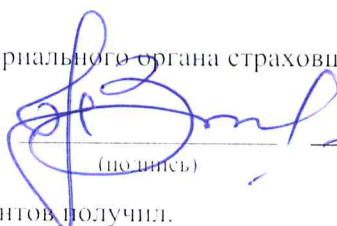
Истребуемые сведения и документы представляются в виде заверенных проверяемым лицом копий. Отказ проверяемого лица от представления запрашиваемых сведений и документов или непредставление их в установленные сроки признаются правонарушением и влекут ответственность, предусмотренную частью 4 статьи 15.33 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях.

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

Подписи должностных лиц территориального органа страховщика, проводящих проверку:

главный специалист -  
руководитель группы

(должность)

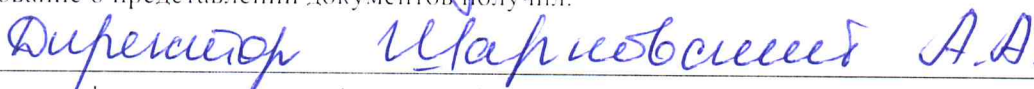


(подпись)

Злобина Жанна Анатольевна

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Требование о представлении документов получил.



(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица (уполномоченного представителя)



28.08.2022

(дата)

Примечание.

Требование о представлении сведений и документов может быть передано руководителю организации (его законному или уполномоченному представителю) или физическому лицу (его законному или уполномоченному представителю) лично под расписку, направлено по почте заказным письмом или передано в электронном виде по телекоммуникационным каналам связи. В случае направления указанного требования по почте заказным письмом оно считается полученным по истечении шести дней с даты отправления заказного письма.

**Филиал №1 Государственного учреждения-  
Воронежского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации**

394006, Воронежская область, г.Воронеж,  
ул.Станкевича, д.43.

тел. (473) 277-77-14, факс 277-02-26

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1  
к приказу Фонда социального  
страхования Российской Федерации  
от 21 апреля 2021 № 143  
Форма 1

**Решение  
о проведении выездной проверки полноты и достоверности представляемых  
страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и выплаты  
страхового обеспечения**

от 28.01.2022 № 36012280000171  
(дата)

В соответствии со статьей 7 Федерального закона от 29 декабря 2020 г. № 478-ФЗ «О  
внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации» на основании  
ежегодного плана-графика (плана) выездных проверок страхователей

директор филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя) территориального органа страховщика)

филиала №1 Государственного учреждения- Воронежского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Чупеев Сергей Александрович

(фамилия, имя, отчество (при наличии))

**РЕШИЛ:**

1. Провести выездную проверку ( плановая , ~~повторная~~ , ~~в связи с ликвидацией~~  
(реорганизацией) , ~~по жалобе~~ (ненужное зачеркнуть) полноты и достоверности  
представляемых страхователем сведений и документов, необходимых для назначения и  
выплаты страхового обеспечения страхователя

**МУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ ДЕТСКАЯ ШКОЛА ИСКУССТВ № 7 ГОРОДСКОГО ОКРУГА ГОРОД  
ВОРОНЕЖ (МБУДО ДШИ № 7)**

(полное и сокращенное наименование организации (обособленного подразделения), фамилия, имя, отчество (при  
наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица)

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

3646003472

Код подчиненности

36011

ИНН

3650004696

КПП

366201001

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

394077. ОБЛАСТЬ ВОРОНЕЖСКАЯ,  
ГОРОД ВОРОНЕЖ, БУЛЬВАР  
ПОБЕДЫ, 32

за период с 01.07.2019 по 31.12.2021  
(дата) (дата)

2. Поручить проведение выездной проверки  
главному специалисту - руководителю группы - Злобиной Жанне Анатольевне (Воронежское  
филиал № 1))

(должности, фамилия, имя, отчество (при наличии) лиц, которым поручается проведение проверки, с указанием  
руководителя проверяющей группы территориального органа страховщика)

филиала №1 Государственного учреждения- Воронежского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

Директор филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя)  
территориального органа страховщика)

С.А. Чупеев

(фамилия, имя, отчество  
(при наличии))

Место печати территориального  
органа страховщика



С решением о проведении выездной проверки ознакомлен.

✓ Директор Шарнибский А.А.

✓ (должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя организации (обособленного подразделения))

или фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, физического лица  
(уполномоченного представителя)



28.08.2022

(дата)

Место печати (при наличии) страхователя

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН  
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат 2447603697226016581254125839001845762

Выдан ГУ-Воронежское РО ФСС РФ

Действителен с 18.06.2021 по 18.06.2022