

**Филиал №7 Государственного учреждения -  
Ставропольского регионального отделения  
Фонда социального страхования  
Российской Федерации**

РФ, Ставропольский кр., г. Минеральные Воды, ул.  
Тбилисская 41а  
тел. (87922)68380, факс (87922)68382  
e-mail: fil\_7@ro26.fss.ru, r26.fss.ru

**Уведомление о вызове страхователя**

от 17.06.2022  
(дата)

№ 26072250000594

Воронков Александр Иванович, директор филиала,

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность, наименование территориального органа страховщика)

Филиал №7 Государственного учреждения - Ставропольского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации

в соответствии с подпунктом 8.1 пункта 1 статьи 18 Федерального закона от 24 июля 1998 г. № 125-ФЗ  
«Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных  
заболеваний» вызывает страхователя

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ  
"ЛЕРМОНТОВСКИЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ"  
(ГБУСО "ЛЕРМОНТОВСКИЙ КЦСОН")

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

Регистрационный номер в территориальном  
органе страховщика

2617000815

Код подчиненности

26071

ИНН

2629001838

КПП

262901001

Адрес места нахождения организации  
(обособленного подразделения)/адрес

постоянного места жительства индивидуального  
предпринимателя, физического лица

357340, КРАЙ СТАВРОПОЛЬСКИЙ, ГОРОД  
ЛЕРМОНТОВ, УЛИЦА ПАТРИСА ЛУМУМБЫ, 31

в Филиал №7 Государственного учреждения - Ставропольского регионального отделения Фонда  
социального страхования Российской Федерации

(наименование территориального органа страховщика)

по адресу: РФ, Ставропольский кр., г. Минеральные Воды, ул. Тбилисская 41а, к. № 4, 8-87922-6-83-82

(место нахождения территориального органа страховщика и № комнаты, телефон)

11.07.2022, в 10:00

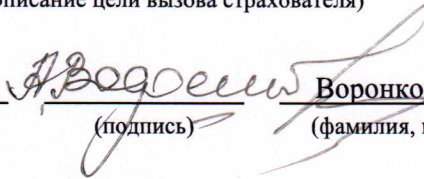
(указать день и время)

на рассмотрение материалов выездной проверки (акт №26072250000593 от 17.06.2022 г.) В случае неявки должностных лиц материалы проверки и представленные страхователем возражения, объяснения, другие документы рассматриваются в их отсутствие.

(указать подробное описание цели вызова страхователя)

\_\_\_\_\_  
Директор филиала

(должность руководителя (заместителя руководителя)  
территориального органа страховщика)



\_\_\_\_\_  
Воронков Александр Иванович

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии))

Место печати  
территориального органа  
страховщика



Уведомление о вызове страхователя получил

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

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

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(дата)