Приложение N 7

к Методическим указаниям ФОМС

Список изменяющих документов

(в ред. [письма](consultantplus://offline/ref=39235334C2A95D19C1E70B76CFA1989FC2E56A382D60FA4CBC843E1C54A3CA4DFC5B60BDCC10BEB8KEy6E) ФФОМС от 23.09.2016 N 8998/30-2/и)

Директору

(фамилия, имя, отчество)

(наименование территориального фонда ОМС)

от

(должность, фамилия, имя, отчество

(при наличии) руководителя медицинской

организации,

наименование медицинской организации)

УВЕДОМЛЕНИЕ

об осуществлении деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

Прошу включить

(наименование медицинской организации)

в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере

обязательного медицинского страхования.

(наименование субъекта

Российской Федерации)

Сведения о медицинской организации для включения в реестр медицинских

организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского

страхования

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Полное наименование медицинской организации | 1 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой | 1.1 |  |
| Краткое наименование медицинской организации | 2 |  |
| Адрес (место) нахождения медицинской организации | 3 |  |
| Адрес (место) нахождения индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой | 3.1 |  |
| Код причины постановки на учет (КПП) | 4 |  |
| Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) | 5 |  |
| Организационно-правовая форма медицинской организации | 6 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты | 7 |  |
| Номер телефона, факс и адрес электронной почты индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой | 7.1 |  |
| Наименование, номер, дата выдачи и дата окончания действия разрешения на медицинскую деятельность | 8 |  |
| Виды медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования | 9 |  |
| Мощность коечного фонда медицинской организации в разрезе профилей | 10 | [Приложение](file:///C:\Users\V7F03~1.ZEL\AppData\Local\Temp\Rar$DIa9756.42868\Форма%20Уведомления%20(ФОМС).docx#P1113) к строке 10 Уведомления |
| Мощность медицинской организации (структурных подразделений), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в разрезе профилей и врачей-специалистов | 11 | [Приложение](file:///C:\Users\V7F03~1.ZEL\AppData\Local\Temp\Rar$DIa9756.42868\Форма%20Уведомления%20(ФОМС).docx#P1210) к строке 11 Уведомления |
| Фактически выполненные за предыдущий год (по ежегодным статистическим данным и данным бухгалтерского учета медицинской организации) объемы медицинской помощи по видам и условиям в разрезе профилей, специальностей, клинико-статистических групп/клинико-профильных групп по детскому и взрослому населению, а также объемы их финансирования (за исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования) | 12 | [Приложение](file:///C:\Users\V7F03~1.ZEL\AppData\Local\Temp\Rar$DIa9756.42868\Форма%20Уведомления%20(ФОМС).docx#P1269) к строке 12 Уведомления |
| Численность прикрепившихся застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи (в разрезе половозрастных групп) | 13 | [Приложение](file:///C:\Users\V7F03~1.ZEL\AppData\Local\Temp\Rar$DIa9756.42868\Форма%20Уведомления%20(ФОМС).docx#P1469) к строке 13 Уведомления |
| Предложения о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи на плановый год по видам и условиям в разрезе профилей, врачей-специалистов, количеству вызовов скорой медицинской помощи, КСГ/КПГ по детскому и взрослому населению | 14 | [Приложение](file:///C:\Users\V7F03~1.ZEL\AppData\Local\Temp\Rar$DIa9756.42868\Форма%20Уведомления%20(ФОМС).docx#P1519) к строке 14 Уведомления |

Копия разрешения на медицинскую деятельность прилагается.

С условиями осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского

страхования ознакомлен.

Руководитель медицинской

организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

Приложение

к [строке 10](file:///C:\Users\V7F03~1.ZEL\AppData\Local\Temp\Rar$DIa9756.42868\Форма%20Уведомления%20(ФОМС).docx#P1076) Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

Мощность и профиль коек дневного стационара

Сопроводительное письмо к уведомлению N \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер по реестру) [<\*>](file:///C:\Users\V7F03~1.ZEL\AppData\Local\Temp\Rar$DIa9756.42868\Форма%20Уведомления%20(ФОМС).docx#P1143) (наименование медицинской организации)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Профиль коек | N строки | Число коек, фактически развернутых |
| 1 | 2 | 3 |
| Всего | 10 |  |
| в том числе: | 10.1 |  |
|  | 10.2 |  |
|  | 10.3 |  |
|  | 10.4 |  |

--------------------------------

<\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих

деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. тел. (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение

к [строке 10](file:///C:\Users\V7F03~1.ZEL\AppData\Local\Temp\Rar$DIa9756.42868\Форма%20Уведомления%20(ФОМС).docx#P1076) Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

Мощность коечного фонда медицинской организации в разрезе

профилей (круглосуточный стационар)

Сопроводительное письмо к уведомлению N \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер по реестру) [<\*>](file:///C:\Users\V7F03~1.ZEL\AppData\Local\Temp\Rar$DIa9756.42868\Форма%20Уведомления%20(ФОМС).docx#P1192) (наименование медицинской организации)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Профиль коек | N строки | Число коек, фактически развернутых |
| 1 | 2 | 3 |
| Всего | 10 |  |
| в том числе: | 10.1 |  |
|  | 10.2 |  |
|  | 10.3 |  |
|  | 10.4 |  |

--------------------------------

<\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих

деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. тел. (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение

к [строке 11](file:///C:\Users\V7F03~1.ZEL\AppData\Local\Temp\Rar$DIa9756.42868\Форма%20Уведомления%20(ФОМС).docx#P1079) Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

Мощность медицинской организации (структурных

подразделений), оказывающей первичную медико-санитарную помощь,

в разрезе профилей и врачей-специалистов

Сопроводительное письмо к уведомлению N \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер по реестру) [<\*>](file:///C:\Users\V7F03~1.ZEL\AppData\Local\Temp\Rar$DIa9756.42868\Форма%20Уведомления%20(ФОМС).docx#P1251) (наименование медицинской организации)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | N стр. | Количество посещений врачей, включая профилактические |
| 1 | 2 | 3 |
| Наименование структурного подразделения | 11.1 |  |
| Наименование профиля | 11.2 |  |
|  | 11.2.1 |  |
|  | 11.2.2 |  |
| Наименование специальности врача | 11.3 |  |
|  | 11.3.1 |  |
|  | 11.3.2 |  |
|  | 11.3.3 |  |

--------------------------------

<\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих

деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. тел. (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение

к [строке 12](file:///C:\Users\V7F03~1.ZEL\AppData\Local\Temp\Rar$DIa9756.42868\Форма%20Уведомления%20(ФОМС).docx#P1082) Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

Фактически выполненные объемы медицинской помощи за предыдущий год

(первичная медико-санитарная помощь)

Сопроводительное письмо к уведомлению N \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер по реестру) [<\*>](file:///C:\Users\V7F03~1.ZEL\AppData\Local\Temp\Rar$DIa9756.42868\Форма%20Уведомления%20(ФОМС).docx#P1339) (наименование медицинской организации)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование | N стр. | Количество посещений с профилактическими и иными целями | Количество обращений по поводу заболевания | Количество посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме | Финансирование, тыс. руб. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Наименование структурного подразделения | 12.1 |  |  |  |  |
| Наименование профиля | 12.2 |  |  |  |  |
|  | 12.2.1 |  |  |  |  |
|  | 12.2.2 |  |  |  |  |
| Наименование специальности врача | 12.3 |  |  |  |  |
|  | 12.3.1 |  |  |  |  |
|  | 12.3.2 |  |  |  |  |
|  | 12.3.3 |  |  |  |  |

--------------------------------

<\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих

деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. тел. (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение

к [строке 12](file:///C:\Users\V7F03~1.ZEL\AppData\Local\Temp\Rar$DIa9756.42868\Форма%20Уведомления%20(ФОМС).docx#P1082) Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

Фактически выполненные объемы медицинской помощи за предыдущий год

(дневной стационар)

Сопроводительное письмо к уведомлению N \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер по реестру) [<\*>](file:///C:\Users\V7F03~1.ZEL\AppData\Local\Temp\Rar$DIa9756.42868\Форма%20Уведомления%20(ФОМС).docx#P1395) (наименование медицинской организации)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Профиль коек | N строки | Количество случаев лечения | Финансирование, тыс. руб. |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Всего | 12 |  |  |
| в том числе: | 12.1 |  |  |
|  | 12.2 |  |  |
|  | 12.3 |  |  |
|  | 12.4 |  |  |

--------------------------------

<\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих

деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. тел. (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение

к [строке 12](file:///C:\Users\V7F03~1.ZEL\AppData\Local\Temp\Rar$DIa9756.42868\Форма%20Уведомления%20(ФОМС).docx#P1082) Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

Фактически выполненные объемы медицинской помощи за предыдущий год

(круглосуточный стационар)

Сопроводительное письмо к уведомлению N \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер по реестру) [<\*>](file:///C:\Users\V7F03~1.ZEL\AppData\Local\Temp\Rar$DIa9756.42868\Форма%20Уведомления%20(ФОМС).docx#P1451) (наименование медицинской организации)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Профиль коек | N строки | Количество случаев госпитализации | Финансирование, тыс. руб. |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Всего | 12 |  |  |
| в том числе: | 12.1 |  |  |
|  | 12.2 |  |  |
|  | 12.3 |  |  |
|  | 12.4 |  |  |

--------------------------------

<\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих

деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. тел. (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение

к [строке 13](file:///C:\Users\V7F03~1.ZEL\AppData\Local\Temp\Rar$DIa9756.42868\Форма%20Уведомления%20(ФОМС).docx#P1085) Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

Численность прикрепившихся застрахованных лиц,

выбравших медицинскую организацию для оказания первичной

медико-санитарной помощи (в разрезе половозрастных групп)

Сопроводительное письмо к уведомлению N \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер по реестру) [<\*>](file:///C:\Users\V7F03~1.ZEL\AppData\Local\Temp\Rar$DIa9756.42868\Форма%20Уведомления%20(ФОМС).docx#P1501) (наименование медицинской организации)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Мужчины/Женщины | | Мужчины | | Женщины | |
| 0 - 4 | 5 - 17 | 18 - 59 | с 60 лет и старше | 18 - 54 | с 55 лет и старше |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |

--------------------------------

<\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих

деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. тел. (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение

к [строке 14](file:///C:\Users\V7F03~1.ZEL\AppData\Local\Temp\Rar$DIa9756.42868\Форма%20Уведомления%20(ФОМС).docx#P1088) Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

Предложения о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи

на плановый год (первичная медико-санитарная помощь)

Сопроводительное письмо к уведомлению N \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер по реестру) [<\*>](file:///C:\Users\V7F03~1.ZEL\AppData\Local\Temp\Rar$DIa9756.42868\Форма%20Уведомления%20(ФОМС).docx#P1574) (наименование медицинской организации)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование | N стр. | Количество посещений с профилактическими и иными целями | Количество обращений по поводу заболевания | Количество посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Наименование структурного подразделения | 14.1 |  |  |  |
| Наименование профиля | 14.2 |  |  |  |
|  | 14.2.1 |  |  |  |
|  | 14.2.2 |  |  |  |
| Наименование специальности врача | 14.3 |  |  |  |
|  | 14.3.1 |  |  |  |
|  | 14.3.2 |  |  |  |

--------------------------------

<\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих

деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. тел. (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение

к [строке 14](file:///C:\Users\V7F03~1.ZEL\AppData\Local\Temp\Rar$DIa9756.42868\Форма%20Уведомления%20(ФОМС).docx#P1088) Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

Предложения о планируемых к выполнению объемах

медицинской помощи на плановый год (дневной стационар)

Сопроводительное письмо к уведомлению N \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер по реестру) [<\*>](file:///C:\Users\V7F03~1.ZEL\AppData\Local\Temp\Rar$DIa9756.42868\Форма%20Уведомления%20(ФОМС).docx#P1623) (наименование медицинской организации)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Профиль коек | N строки | Количество случаев лечения, планируемых к выполнению |
| 1 | 2 | 3 |
| Всего | 14 |  |
| в том числе: | 14.1 |  |
|  | 14.2 |  |
|  | 14.3 |  |
|  | 14.4 |  |

--------------------------------

<\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих

деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. тел. (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение

к [строке 14](file:///C:\Users\V7F03~1.ZEL\AppData\Local\Temp\Rar$DIa9756.42868\Форма%20Уведомления%20(ФОМС).docx#P1088) Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

Предложения о планируемых к выполнению объемах

медицинской помощи на плановый год (круглосуточный стационар)

Сопроводительное письмо к уведомлению N \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер по реестру) [<\*>](file:///C:\Users\V7F03~1.ZEL\AppData\Local\Temp\Rar$DIa9756.42868\Форма%20Уведомления%20(ФОМС).docx#P1672) (наименование медицинской организации)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Профиль коек | N строки | Количество случаев госпитализации, планируемых к выполнению |
| 1 | 2 | 3 |
| Всего | 14 |  |
| в том числе: | 14.1 |  |
|  | 14.2 |  |
|  | 14.3 |  |
|  | 14.4 |  |

--------------------------------

<\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих

деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. тел. (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_