ТФОМС Костромской области

Директору

В.Е. Николаеву

**БЛАНК МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

**(при наличии)**

Уважаемый Владимир Евгеньевич!

Прошу Вас включить медицинскую организацию \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Костромской области в **2020** г.

Приложение: Уведомление о включении в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории Костромской области в 2020 г. c Приложениями на \_\_\_ л. в 1 экз. (в копиях):

1. Устав медицинской организации на \_\_\_ л. в 1 экз.;
2. Свидетельство о государственной регистрации юридического лица на \_\_\_ л. в 1 экз.;
3. …

Руководитель

медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

М.п.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (число, месяц, год)

Исполнитель:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО, телефон, адрес эл. почты)

ТФОМС Костромской области

Директору

В.Е. Николаеву

УВЕДОМЛЕНИЕ

об осуществлении деятельности в сфереобязательного медицинского страхования

Прошу включить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование медицинской организации)

в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфереобязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(наименование субъекта Российской Федерации)

Сведения о медицинской организации для включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфереобязательного медицинского страхования:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Полное наименование медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ | 1 |  |
| Сокращенное наименование медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ (при наличии) | 1.1 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, в соответствии с выпиской из ЕГРИП | 2 |  |
| Место нахождения и адрес медицинской организации | 3 |  |
| Место нахождения и адрес филиала (представительства) медицинской организации | 4 |  |
| Место нахождения и адрес индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность | 5 |  |
| КПП для филиалов (представительств) в соответствии со свидетельством о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения | 6 |  |
| Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) | 7 |  |
| Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) | 8 |  |
| Организационно-правовая форма медицинской организации и код организационно-правовой формы (ОКОПФ) медицинской организации в соответствии с уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ | 9 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты | 10 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона и факс руководителя, адрес электронной почты филиала (представительства) медицинской организации | 11 |  |
| Номер телефона, факс и адрес электронной почты индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность | 12 |  |
| Наименование, номер, дата выдачи и дата окончания действия лицензии на медицинскую деятельность | 13 |  |
| Виды медицинской помощи, оказываемые в рамках территориальной программы в разрезе условий оказания и профилей медицинской помощи | 14 | приложение к строке 14 Уведомления |
| Мощность коечного фонда медицинской организации в разрезе профилей | 15 | приложение к строке 15 Уведомления |
| Мощность медицинской организации (структурных подразделений), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в разрезе профилей и врачей-специалистов | 16 | приложение к строке 16 Уведомления |
| Фактически выполненные за предыдущий год (по ежегодным статистическим данным медицинской организации) объемы медицинской помощи по видам и условиям в разрезе профилей, специальностей, клинико-профильных/клинико-статистических групп заболеваний (КПГ/КСГ) по детскому и взрослому населению, а также объемы их финансирования по данным бухгалтерского учета медицинской организации (за исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования) | 17 | приложение к строке 17 Уведомления |
| Численность застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи в разрезе половозрастных групп  | 18 | приложение к строке 18 Уведомления |
| Предложения о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи на плановый год по видам и условиям оказания медицинской помощи, в разрезе профилей, врачей-специалистов, количеству вызовов скорой медицинской помощи, КПГ/КСГ по детскому и взрослому населению | 19 | приложение к строке 19 Уведомления |
| Численность застрахованных лиц в медицинской организации для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, территория обслуживания в разрезе половозрастных групп  | 20 | приложение к строке 20 Уведомления |
| Виды диагностических и (или) консультативных услуг для медицинской организации, оказывающей только диагностические и (или) консультативные услуги, взрослому и детскому населению в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности и которой не может быть определен объем медицинской помощи в показателях, установленных территориальной программой | 21 |  |
| Фактически выполненные за предыдущий год объемы диагностических и (или) консультативных услуг взрослому и детскому населению, согласно номенклатуре медицинских услуг, а также объемы их финансирования (за исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования) | 22 | приложение к строке 22 Уведомления |
| Предложения о планируемых к выполнению объемах диагностических и (или) консультативных услуг на плановый год взрослому и детскому населению, согласно номенклатуре медицинских услуг | 23 | приложение к строке 23 Уведомления |
| Сведения о структурных подразделениях медицинской организации (при наличии структурных подразделений в составе медицинской организации) | 24 | приложение к строке 24 Уведомления |

Документы, подтверждающие сведения о медицинской организации, включенные в Уведомление, прилагаются.

С условиями осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования ознакомлен.

Руководитель медицинской

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

 (подпись) (расшифровка подписи)

 М.П.

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

 (число, месяц, год)

Приложение

к [строке 14](#P1072) Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

Виды медицинской помощи, оказываемые в рамках территориальной программы в разрезе условий оказания и профилей медицинской помощи

Сопроводительное письмо к уведомлению № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер по реестру) [<\*>](#P1139) (наименование медицинской организации)

Лицензия 1 № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № строки  | Вид медицинской помощи | Условия оказания медицинской помощи | Профили медицинской помощи\*\* |
| 14.1 |  |  |  |
| 14.2 |  |  |  |
| … |  |  |  |

Лицензия 2 № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № строки  | Вид медицинской помощи | Условия оказания медицинской помощи | Профили медицинской помощи\*\* |
| 14.1 |  |  |  |
| 14.2 |  |  |  |
| … |  |  |  |

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

<\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

<\*\*>группировка осуществляется по одной строке в рамках одного вида медицинской помощи по каждому условию оказания медицинской помощи.

Руководитель медицинской организации

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

 (подпись) (Ф.И.О.)

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

Приложение

к [строке 15](#P1072) Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

Мощность коечного фонда медицинской организации в разрезе

профилей (дневной стационар)

Сопроводительное письмо к уведомлению № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (номер по реестру) [<\*>](#P1139) (наименование медицинской организации)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование структурного подразделения и его отделений | Профиль коек | N строки | Число коек, фактически развернутых |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Всего, в том числе:  | 15 |  |
| Структурное подразделение 1, из них (при наличии): |  | 15.1 |  |
| Отделение 1 |  | 15.1.1 |  |
| Отделение 2 |  | 15.1.2 |  |
|  |  |  |  |

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

<\*> 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 1](#P1072)5 Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

Мощность коечного фонда медицинской организации в разрезе

профилей (круглосуточный стационар)

Сопроводительное письмо к уведомлению № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (номер по реестру) [<\*>](#P1188)(наименование медицинской организации)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование структурного подразделения и его отделений | Профиль коек | N строки | Число коек, фактически развернутых |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Всего, в том числе:  | 15 |  |
| Структурное подразделение 1, из них (при наличии): |  | 15.1 |  |
| Отделение 1 |  | 15.1.1 |  |
| Отделение 2 |  | 15.1.2 |  |
|  |  |  |  |

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

<\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

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

 (подпись) (Ф.И.О.)

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

Приложение

к [строке 1](#P1075)6 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 № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (номер по реестру) [<\*>](#P1247)(наименование медицинской организации)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | N стр. | Количество посещений врачей, включая профилактические |
| 1 | 2 | 3 |
| Наименование профиля | 16.1 |  |
|  | 16.1.1 |  |
|  | 16.1.2 |  |
| Наименование специальности врача | 16.2 |  |
|  | 16.2.1 |  |
|  | 16.2.2 |  |

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

<\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

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

 (подпись) (Ф.И.О.)

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

Приложение

к [строке 1](#P1078)7 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 № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (номер по реестру) [<\*>](#P1335) (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. |
| Взрослые | Дети | Взрослые | Дети | Взрослые | Дети | Взрослые | Дети |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Наименование профиля | 17.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 17.1.1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Наименование специальности врача | 17.2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 17.21 |  |  |  |  |  |  |  |  |

<\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

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

 (подпись) (Ф.И.О.)

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

Приложение

к [строке 1](#P1078)7 Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

Фактически выполненные объемы медицинской помощи за предыдущий год

(дневной стационар)

Сопроводительное письмо к уведомлению № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (номер по реестру) [<\*>](#P1391)(наименование медицинской организации)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Профиль медицинской помощи и КСГ | N строки | Количество случаев лечения | Финансирование, тыс. руб. |
| Взрослые | Дети | Взрослые | Дети |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Всего | 17 |  |  |  |  |
| в том числе: |  |  |  |  |  |
| Профиль 1 |
| КСГ  | 17.1 |  |  |  |  |
| Профиль 2 |
| КСГ  | 17.2 |  |  |  |  |
| Профиль 3 |
| КСГ  | 17.3 |  |  |  |  |

<\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

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

 (подпись) (Ф.И.О.)

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

Приложение

к [строке 1](#P1078)7 Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

Фактически выполненные объемы медицинской помощи за предыдущий год

(круглосуточный стационар)

Сопроводительное письмо к уведомлению № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (номер по реестру) [<\*>](#P1447) (наименование медицинской организации)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Профиль медицинской помощи и КСГ | N строки | Количество случаев лечения | Финансирование, тыс. руб. |
| Взрослые | Дети | Взрослые | Дети |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Всего | 17 |  |  |  |  |
| в том числе: |  |  |  |  |  |
| Профиль 1 |
| КСГ  | 17.1 |  |  |  |  |
| Профиль 2 |
| КСГ  | 17.2 |  |  |  |  |
| Профиль 3 |
| КСГ  | 17.3 |  |  |  |  |

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

<\*> 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 1](#P1078)7 Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

Фактически выполненные объемы медицинской помощи за предыдущий год

(скорая медицинская помощь)

Сопроводительное письмо к уведомлению № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (номер по реестру) [<\*>](#P1447) (наименование медицинской организации)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Профиль бригады СМП | N строки | Количество вызовов | Финансирование, тыс. руб. |
| Взрослые | Дети | Взрослые  | Дети |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Всего | 17 |  |  |  |  |
| в том числе: | 17.1 |  |  |  |  |
| <профиль бригады >, в том числе: | 17.2 |  |  |  |  |
| с применением тромболитической терапии | 17.2.1. |  |  |  |  |

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

<\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

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

 (подпись) (Ф.И.О.)

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

Приложение

к [строке 1](#P1081)8 Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

Численность застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи в разрезе половозрастных групп

Сопроводительное письмо к уведомлению № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (номер по реестру) [<\*>](#P1497)(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 осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

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

 (подпись) (Ф.И.О.)

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

Приложение

к [строке 1](#P1084)9 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 № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер по реестру) [<\*>](#P1570)(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 |
| Взрослые | Дети | Взрослые | Дети | Взрослые | Дети |
|  1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Наименование профиля | 19.1 |  |  |  |  |  |  |
|  | 19.1.1 |  |  |  |  |  |  |
| Наименование специальности врача | 19.2 |  |  |  |  |  |  |
|  | 19.2.1 |  |  |  |  |  |  |

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

<\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

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

 (подпись) (Ф.И.О.)

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

Приложение

к [строке 1](#P1084)9 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 № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер по реестру) [<\*>](#P1619)(наименование медицинской организации)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Профиль медицинской помощи и КСГ | N строки | Количество случаев лечения |
| Взрослые | Дети |
| 1 | 2 | 3 |
| Всего | 19 |  |  |
| в том числе: |  |  |  |
| Профиль 1  |
| КСГ  | 19.1 |  |  |
| Профиль 2 |
| КСГ  | 19.2 |  |  |
| Профиль 3 |
| КСГ  | 19.3 |  |  |

<\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

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

 (подпись) (Ф.И.О.)

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

Приложение

к [строке 1](#P1084)9 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 № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер по реестру) [<\*>](#P1668)(наименование медицинской организации)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Профиль медицинской помощи и КСГ | N строки | Количество случаев лечения |
| Взрослые | Дети |
| 1 | 2 | 3 |
| Всего | 19 |  |  |
| в том числе: |  |  |  |
| Профиль 1  |
| КСГ  | 19.1 |  |  |
| Профиль 2 |
| КСГ  | 19.2 |  |  |
| Профиль 3 |
| КСГ  | 19.3 |  |  |

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

<\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

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

 (подпись) (Ф.И.О.)

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

Приложение

к [строке 1](#P1084)9 Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

Предложения о планируемых к выполнению объемах

медицинской помощи на плановый год (скорая медицинская помощь)

Сопроводительное письмо к уведомлению № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер по реестру) [<\*>](#P1668)(наименование медицинской организации)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Профиль бригады СМП | N строки | Количество вызовов |
| Взрослые | Дети |
| 1 | 2 | 3 |
| Всего | 19 |  |  |
| в том числе: | 19.1 |  |  |
| <профиль бригады >, в том числе: | 19.2 |  |  |
| с применением тромболитической терапии | 19.2.1 |  |  |

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

<\*> 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 20 Уведомления об осуществлении деятельностив сфере обязательного медицинского страхования

Численность застрахованных лиц в медицинской организации для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, территория их обслуживания

 (в разрезе половозрастных групп)

Сопроводительное письмо к уведомлению № \_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер по реестру)\* (наименование медицинской организации)

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

\* за исключением медицинских организаций,ранее не осуществлявших деятельность в сфереобязательного медицинского страхования

Руководитель медицинской организации

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

(подпись) (Ф.И.О.)

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Приложение

к строке 22 Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

Фактически выполненные за предыдущий год объемы диагностических и (или) консультативных услуг взрослому и детскому населению, согласно номенклатуре медицинских услуг, а также объемы их финансирования

Сопроводительное письмо к уведомлению № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер по реестру) [<\*>](#P1668)(наименование медицинской организации)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Медицинская услуга (код + наименование) | N строки | Количество  | Финансирование, тыс. руб. |
| Взрослые | Дети | Взрослые | Дети |
| 1 | 2 | 3 |  4 |
| Всего | 22 |  |  |  |  |
| в том числе: |  |  |  |  |  |
|  | 22.1 |  |  |  |  |
|  | 22.2 |  |  |  |  |
|  | 22.3 |  |  |  |  |

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

<\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

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

 (подпись) (Ф.И.О.)

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

Приложение

к строке 23 Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

Предложения о планируемых к выполнению объемах диагностических и (или) консультативных услуг на плановый год взрослому и детскому населению, согласно номенклатуре медицинских услуг

Сопроводительное письмо к уведомлению № \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер по реестру) [<\*>](#P1668)(наименование медицинской организации)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Медицинская услуга (код + наименование) | N строки | Количество  |
| Взрослые | Дети |
| 1 | 2 | 3 |
| Всего | 23 |  |  |
| в том числе: |  |  |  |
|  | 23.1 |  |  |
|  | 23.2 |  |  |
|  | 23.3 |  |  |

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

<\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

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

 (подпись) (Ф.И.О.)

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

Приложение

к строке 24 Уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования

Структурные подразделения медицинской организации

Сопроводительное письмо к уведомлению № \_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(номер по реестру)\* (наименование медицинской организации)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Наименование структурного подразделенияи отделений внутри структурных подразделений | Адрес осуществления медицинской деятельности структурного подразделения (согласно лицензии) | ФИОруководителя подразделения | Телефонруководителя подразделения |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Структурное подразделение 1 |  |  |  |
| 1.1. |  Отделение 1 (при наличии) | X | X | X |
| 1.2. | Отделение 2 (при наличии) | X | X | X |
| 2. |  |  |  |  |

Руководитель медицинской организации

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

(подпись) (Ф.И.О.)

«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.