

ВОЗМЕЩЕНИЕ РАСХОДОВ НА ОПЛАТУ ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ ВСЛЕДСТВИЕ ПРИЧИНЕНИЯ ВРЕДА ЕГО ЗДОРОВЬЮ (РЕГРЕССНЫЕ ИСКИ)

Наименование организации **Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Костромской области**

Почтовый адрес **156013, Костромская обл, г.Кострома, ул.Ленина, 20**

январь - декабрь 2016 г.

Таблица 2.4.

	№ стр.	Количество исков	Сумма полученных финансовых средств (руб.)	Сумма израсходованных финансовых средств (руб.)
1	2	3	4	5
Регрессных исков - всего: в т.ч. примененные	1	0	0	0
ТФОМС	2	0	0	0
СМО	3	0	0	0