Приложение №7

к Методическим указаниям ФФОМС

Директору ТФОМС МО

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

(наименование территориального фонда ОМС)

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

(фамилия, имя, отчество)

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 Московской области в 20\_\_\_ году.

Сведения о медицинской организации для включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Полное наименование медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ | 1 |  |
| Сокращенное наименование медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ |  |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой | 1.1 |  |
| Место нахождения медицинской организации | 2 |  |
| Адрес медицинской организации | 3 |  |
| Место нахождения филиала (представительства) медицинской организации |  |  |
| Адрес филиала (представительства) медицинской организации |  |  |
| Место нахождения индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность | 3.1 |  |
| Адрес индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность |  |  |
| Код причины постановки на учет (КПП) | 4 |  |
| Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) | 5 |  |
| Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) | 6 |  |
| Организационно-правовая форма медицинской организации |  |  |
| Код организационно-правовой формы медицинской организации |  |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты | 7 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты филиала (представительства) медицинской организации |  |  |
| Номер телефона, факс и адрес электронной почты индивидуального предпринимателя осуществляющего медицинскую деятельность | 7.1 |  |
| Наименование, номер, дата выдачи и дата окончания действия разрешения на медицинскую деятельность | 8 |  |
| Виды медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы в разрезе условий оказания и профилей медицинской помощи | 9 |  |
| Мощность коечного фонда медицинской организации в разрезе профилей | 10 | Приложение к [строке 10](#P167) Уведомления |
| Мощность медицинской организации (структурных подразделений), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в разрезе профилей и врачей-специалистов | 11 | Приложение к [строке 11](#P216) 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 (далее – 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) | 12 | Приложение к [строке 12](#P275) Уведомления |
| Численность застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи (в разрезе половозрастных групп) | 13 | Приложение к [строке 13](#P475) 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 | 14 | Приложение к [строке 14](#P525) 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)