Форма

|  |
| --- |
| Заявкана получение средств из бюджета территориального фонда обязательного медицинского страхования на осуществление денежных выплат стимулирующего характера медицинским работникам за выявление онкологических заболеваний в ходе проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров населенияза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года(наименование отчетного месяца) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Коды |
| Наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования |  | субъекта Российской Федерации |  |
|  |
|  |
| Наименование медицинской организации |  | медицинской организации |  |
|  |  | Дата представления |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Номер полиса обязательного медицинского страхования пациента | Сведения о медицинском работнике | Номер реестра счета на оплату медицинской помощи | Номер случая оказания медицинской помощи | Размер денежной выплаты медицинскому работнику (рублей) | Размер денежных средств, подлежащих перечислению медицинской организации (рублей) |
| Страховой номер индивидуального лицевого счета медицинского работника, указанный в федеральном регистре медицинских и фармацевтических работников [<1>](#P218) | Фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Итого | X | X | X | X |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Руководитель |  |  |  | МП(при наличии) |  |  |
|  |  | (подпись) |  |  | (расшифровка подписи) |
| Исполнитель |  |  |  |  |  |  |
|  |  | (должность) |  | (телефон) |  |  |
| "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.(дата составления) |  |  |  |  |