|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Директору Хабаровского краевого фонда обязательного медицинского страхования  Пузаковой Елене Викторовне  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 на территории Хабаровского края на \_\_\_\_\_\_ год.

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 | 1.1 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, в соответствии с выпиской из ЕГРИП | 1.2 |  |
| Место нахождения и адрес медицинской организации | 2 |  |
| Место нахождения и адрес филиала (представительства) медицинской организации | 2.1 |  |
| Место нахождения и адрес индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность | 2.2 |  |
| Сведения о структурных подразделениях медицинской организации (при наличии структурных подразделений в составе медицинской организации) | 2.3 | Приложение к [строке 2.3](#P167) Уведомления |
| Код причины постановки на учет (КПП) для филиалов (представительств) в соответствии со свидетельством о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения | 3 |  |
| Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) | 4 |  |
| Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) | 5 |  |
| Организационно-правовая форма медицинской организации в соответствии с уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ | 6 |  |
| Код организационно-правовой формы (ОКОПФ) медицинской организации в соответствии с уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ | 6.1 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты, адрес сайта медицинской организации | 7 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона и факс руководителя, адрес электронной почты филиала (представительства) медицинской организации, адрес сайта медицинской организации | 7.1 |  |
| Номер телефона, факс и адрес электронной почты индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, адрес сайта медицинской организации | 7.2 |  |
| Наименование, номер, дата выдачи и окончания действия лицензии 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 |
| Виды диагностических и (или) консультативных услуг для медицинских организаций, оказывающих только диагностические и (или) консультативные услуги, взрослому и детскому населению в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности и которым не может быть определен объем медицинской помощи в показателях, установленных территориальной программой | 11.1 | Приложение к [строке 11](#P216).1 Уведомления |
| Фактически выполненные за предыдущий год (по ежегодным статистическим данным медицинской организации) объемы медицинской помощи по видам и условиям в разрезе профилей, специальностей, клинико-статистических групп/клинико-профильных групп (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 |
| Фактически выполненные за предыдущий год (по ежегодным статистическим данным медицинской организации) объемы диагностических и (или) консультативных услуг взрослому и детскому населению, согласно номенклатуре медицинских услуг, а также объемы их финансирования по данным бухгалтерского учета (за исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования) | 12.1 | Приложение к [строке 12.1](#P475) Уведомления |
| Численность застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи (в разрезе половозрастных групп) | 13 | Приложение к [строке 13](#P475) Уведомления |
| Численность застрахованных лиц в медицинских организациях для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, территория их обслуживания (в разрезе половозрастных групп) | 13.1 | Приложение к [строке 13](#P475).1 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, КСГ/КПГ по детскому и взрослому населению | 14 | Приложение к [строке 14](#P525) Уведомления |
| Предложения о планируемых к выполнению объемах диагностических и (или) консультативных услуг на плановый год взрослому и детскому населению, согласно номенклатуре медицинских услуг | 14.1 | Приложение к [строке 14](#P525).1 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)