Директору территориального фонда обязательного медицинского страхования Владимирской области

О.М. Ефимовой

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 Владимирской области, на 2019 год.

**Сведения о медицинской организации для включения в реестр медицинских**

**организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского**

**страхования**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Полное наименование медицинской организации | 1 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой | 1.1 |  |
| Краткое наименование медицинской организации | 2 |  |
| Адрес (место) нахождения медицинской организации | 3 |  |
| Адрес (место) нахождения индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой | 3.1 |  |
| Код причины постановки на учет (КПП) | 4 |  |
| Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) | 5 |  |
| Организационно-правовая форма медицинской организации | 6 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты | 7 |  |
| Номер телефона, факс и адрес электронной почты индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой | 7.1 |  |
| Наименование, номер, дата выдачи и дата окончания действия разрешения на медицинскую деятельность | 8 |  |
| Виды медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования | 9 |  |
| Мощность коечного фонда медицинской организации в разрезе профилей | 10 | Приложения к строке 10 Уведомления: 10.1, 10.2 |
| Мощность медицинской организации (структурных подразделений), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в разрезе профилей и врачей-специалистов | 11 | Приложение к строке 11 Уведомления |
| Фактически выполненные за предыдущий год (по ежегодным статистическим данным и данным бухгалтерского учета медицинской организации) объемы медицинской помощи по видам и условиям в разрезе профилей, специальностей, клинико-статистических групп/клинико-профильных групп по детскому и взрослому населению, а также объемы их финансирования (за исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования) | 12 | Приложения к строке 12 Уведомления: 12.1.1, 12.1.2, 12.1.3, 12.2.1, 12.2.2, 12.2.3, 12.3.1, 12.3.2, 12.3.3, 12.4, 12.5(отдельно по медицинской помощи, оказанной застрахованным Владимирской области и гражданам, застрахованным на территории других субъектов РФ) |
| Численность прикрепившихся застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи (в разрезе половозрастных групп) | 13 | Приложение к строке 13 Уведомления |
| Предложения о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи на плановый год по видам и условиям в разрезе профилей, врачей-специалистов, количеству вызовов скорой медицинской помощи, КСГ/КПГ по детскому и взрослому населению | 14 | Приложения к строке 14 Уведомления: 14.1.1, 14.1.2, 14.1.3, 14.2.1, 14.2.2, 14.2.3, 14.3.1, 14.3.2, 14.3.3, 14.4, 14.5 (отдельно по медицинской помощи, оказание которой планируется застрахованным Владимирской области и гражданам, застрахованным на территории других субъектов РФ) |

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)*