**ФОРМА УВЕДОМЛЕНИЯ**

 *( с пояснениями для заполнения)*

Директору территориального фонда обязательного медицинского страхования Владимирской области

 Петрищеву Андрею Александровичу

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 в 2021 году .

(наименование субъекта Российской Федерации)

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Полное и сокращенное (при наличии) наименования медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ | 1 |  |
| Фамилию, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, в соответствии с выпиской из ЕГРИП | 2 |  |
| Место нахождения и адрес медицинской организации | 3 |  |
| Место нахождения и адрес филиала (представительства) медицинской организации | 4 |  |
| Место нахождения и адрес индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность | 5 |  |
| Код причины постановки на учет (КПП)(КПП для филиалов (представительств) в соответствии со свидетельством о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения ) | 6 |  |
| Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) | 7 |  |
| Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) | 8 |  |
| Организационно-правовая форма медицинской организации и код организационно-правовой формы (ОКОПФ) медицинской организации в соответствии с уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ | 9 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты | 10 | *адрес электронной почты указывать* ***действующий*** |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона и факс руководителя, адрес электронной почты филиала (представительства) медицинской организации | 11 |  |
| Номер телефона, факс и адрес электронной почты индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность | 12 |  |
| Наименование, номер, дата выдачи и дата окончания действия лицензии на медицинскую деятельность | 13 |  |
| Виды медицинской помощи, оказываемые **в рамках территориальной программы ОМС** | 14 | ***Выбрать из приведенного списка:****11- первичная доврачебная медико-санитарная помощь;* *12-первичная врачебная медико-санитарная помощь;* *13- первичная специализированная медико-санитарная помощь;**2-скорая, в т.ч.специализированная, медицинская помощь;**31-специализированная медицинская помощь;**32- высокотехнологичная специализированная медицинская помощь.*  |
| Профили медицинской помощи, соответствующие виду медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией в рамках территориальной программы ОМС  | 14.1 | Приложение к строке 14.1 Уведомления (*в случае заполнения в программе «Уведомление ОМС)* |
| Сведения о структурных подразделениях медицинской организации (при наличии ) | 14.2 | Сведения представляются в таблице 14.2 (*в случае заполнения в программе «Уведомление ОМС)* |
| Мощность коечного фонда медицинской организации в разрезе профилей | 15 | Приложение к строке 15 Уведомления |
| Мощность медицинской организации (структурных подразделений), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в разрезе профилей и врачей-специалистов | 16 | Приложение к строке 16 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)  | 17 | Приложение к строке 17 Уведомления |
| Численность застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи (в разрезе половозрастных групп в соответствии с пунктом 182 Правил ОМС, утвержденных приказом МЗРФ от 28.02.2019 № 108н) | 18 | Приложение к строке 18 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 | 19 | Приложение к строке 19 Уведомления |
| Численность застрахованных лиц в медицинских организациях для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, территория их обслуживания (в разрезе половозрастных групп в соответствии с пунктом 182 Правил ОМС, утвержденных приказом МЗ РФ от 28.02.2019 № 108н) | 20 | Приложение к строке 20 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 | 21 | Приложение к строке 21 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) | 22 | Приложение к строке 22 Уведомления |
| Предложения о планируемых к выполнению объемах диагностических и (или) консультативных услуг на плановый год взрослому и детскому населению, согласно номенклатуре медицинских услуг, утвержденных приказом МЗ РФ от 13.10.2017 № 804н | 23 | Приложение к строке 23 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) |