Директору

(фамилия, имя, отчество)

ТФОМС Калужской области

(наименование территориального фонда ОМС)

от

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя медицинской организации,

наименование медицинской организации)

УВЕДОМЛЕНИЕ  
об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования

на \_\_\_\_\_\_ год

Прошу включить

(наименование медицинской организации)

в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Калужской области .

(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 |  |
| 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-правовую форму медицинской организации и код организационно-правовой формы ([ОКОПФ](consultantplus://offline/ref=FF9ABCCEA1D091F704ABA6CAE1CC5F7153F0D30E64F7D4CD5A39DBD70D09D371CF4A1A5DAEC6AB41A058DC22AFEDc8F)) медицинской организации в соответствии с уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ | 9 |  |
| Фамилию, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты | 10 |  |
| Фамилию, 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, дату выдачи и дату окончания действия лицензии на медицинскую деятельность | 13 |  |
| Виды медицинской помощи, оказываемые в рамках территориальной программы в разрезе условий оказания и профилей медицинской помощи | 14 | Приложение к строке 14 Уведомления |
| 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 (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 | 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 | 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](consultantplus://offline/ref=FF9ABCCEA1D091F704ABA6CAE1CC5F7152F9D20967F8D4CD5A39DBD70D09D371DD4A4251ACC2B540A34D8A73EA84402A076B936E6C1B4E4FE6cAF) 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, указанной в [подпункте 22](#P488) настоящего пункта Правил | 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) |