



ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

«10» июля 2015 г.

№ 453 ос

г. Тюмень

Об утверждении формы заявки медицинской организации на включение в перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет средств областного бюджета

Во исполнение постановления Правительства Тюменской области от 03.06.2015 № 220-п «О порядке формирования перечня медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет средств областного бюджета»

приказываю:

1. Утвердить форму заявки медицинской организации на включение в перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет средств областного бюджета согласно приложению к настоящему приказу.
2. Контроль выполнения приказа возложить на первого заместителя директора Департамента здравоохранения Тюменской области.

Директор департамента

И.Б.Куликова



Приложение к приказу Департамента
здравоохранения Тюменской области
от «10» 04 2015 № 4530с

Заявка медицинской организации на включение в перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет средств областного бюджета

1. Полное и (в случае, если имеется) сокращенное наименование, в том числе фирменное наименование, и организационно-правовая форма медицинской организации: _____

2. Адрес места нахождения медицинской организации, адреса мест осуществления медицинской деятельности: _____

3. Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица, данные документа, подтверждающего факт внесения сведений о юридическом лице в единый государственный реестр юридических лиц: _____

4. Номер телефона и (в случае, если имеется) адрес электронной почты медицинской организации: _____

5. Фамилия, имя, отчество руководителя медицинской организации: _____

6. Заявляемые к оказанию в очередном году профили и виды высокотехнологичной медицинской помощи в соответствии с перечнем видов высокотехнологичной медицинской помощи, утвержденным Постановлением Правительства Российской Федерации о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи _____

7. Прилагаемые документы _____

Подпись руководителя
медицинской организации

М.П.
(при наличии)