|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Директору Территориального фонда обязательного медицинского страхования Еврейской автономной области  Писаревой О.Ю.  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 Еврейской автономной области на **2022** год.

Сведения о медицинской организации для включения в реестр медицинских организаций,

осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Территориальная программа, в которой медицинская организация хочет участвовать | 1 |  |
| Полное наименование медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ | 1.1 |  |
| Сокращенное (при наличии) наименование медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ | 1.2 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя медицинской организации | 1.3 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, в соответствии с выпиской из ЕГРИП | 1.4 |  |
| Место нахождения и адрес медицинской организации | 2 |  |
| Адрес медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации | 2.1 |  |
| Адрес, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством РФ порядке | 2.2 |  |
| Номер телефона, факс и адрес электронной почты медицинской организации (индивидуального предпринимателя), осуществляющего медицинскую деятельность, адрес сайта медицинской организации | 2.3 |  |
| Сведения о структурных подразделениях медицинской организации (при наличии структурных подразделений в составе медицинской организации) | 2.4 | Приложение к [строке 2.4](#P167) Уведомления |
| Код причины постановки на учет (КПП) в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе по месту ее нахождения | 3 |  |
| ИНН медицинской организации (индивидуального предпринимателя) | 4 |  |
| Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) | 5 |  |
| Код организационно-правовой формы медицинской организации в соответствии с ОКОПФ | 6 |  |
| Код формы собственности медицинской организации (ОКФС) | 7 |  |
| Вид медицинской организации в соответствии с номенклатурой медицинских организаций | 8 |  |
| Банковские реквизиты медицинской организации | 9 |  |
| Сведения о лицензии на осуществление медицинской организации | 10 |  |
| Наименование лицензирующего органа, номер, дата регистрации лицензии | 10.1 |  |
| Адреса осуществления медицинской деятельности | 10.2 |  |
| Виды медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы в разрезе условий оказания и профилей медицинской помощи | 10.3 |  |
| Сведения об обособленных структурных подразделениях медицинской организации, предлагаемых к участию в реализации территориальной программы на соответствующий финансовый год | 11 |  |
| Полное наименование обособленного структурного подразделения медицинской организации в соответствии с выпиской ЕГРЮЛ | 11.1 |  |
| Вид обособленного структурного подразделения медицинской организации в соответствии с номенклатурой медицинских организаций | 11.2 |  |
| Адрес обособленного структурного подразделения медицинской организации в пределах места нахождения структурного подразделения медицинской организации | 11.3 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя обособленного структурного подразделения медицинской организации, адрес электронной почты, номер телефона структурного подразделения медицинской организации | 11.4 |  |
| Банковские реквизиты обособленного структурного подразделения медицинской организации (при наличии) | 11.5 |  |
| Мощность коечного фонда медицинской организации в разрезе профилей | 12 | Приложение к [строке 12](#P167) Уведомления |
| Мощность медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в разрезе профилей и адресов оказания медицинской помощи, в т.ч. с выделением мощности, заявляемой для реализации территориальной программы | 12.1 | Приложение к [строке 12.1](#P216) Уведомления |
| Виды и формы медицинской помощи, планируемые к оказанию медицинской организацией в рамках территориальной программы, в разрезе условий оказания и профилей медицинской помощи | 13 |  |
| 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 | 13.1 | Приложение к [строке 13](#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) | 14 | Приложение к [строке 14](#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) | 14.1 | Приложение к [строке 14.1](#P475) Уведомления |
| Численность застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи (в разрезе половозрастных групп) | 15 | Приложение к [строке 15](#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) | 15.1 | Приложение к [строке 15](#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, количества вызовов скорой медицинской помощи, КСГ/КПГ по детскому и взрослому населению | 16 | Приложение к [строке 16](#P525) Уведомления |
| Предложения о планируемых к выполнению объемах диагностических и (или) консультативных услуг на плановый год взрослому и детскому населению, согласно номенклатуре медицинских услуг | 16.1 | Приложение к [строке 16](#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)