Уведомление о включении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в реестр МО

на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_год

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Наименование** | **Данные МО** |
| 1 | о территориальной программе, на участие в которой медицинская организация подает уведомление |  |
| 2 | полное и сокращенное (при наличии) наименования медицинской организации в соответствии со сведениями ЕГРЮЛ   1. 1) фамилию, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, в соответствии со сведениями ЕГРИП |  |
| 3 | ИНН медицинской организации (индивидуального предпринимателя) в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе |  |
| 4 | КПП медицинской организации в соответствии со свидетельством о постановке на учет в налоговом органе |  |
| 5 | ОГРН медицинской организации |  |
| 6 | код организационно-правовой формы медицинской организации в соответствии с Общероссийским классификатором организационно-правовых форм (ОКОПФ) |  |
| 7 | код формы собственности медицинской организации в соответствии с Общероссийским классификатором форм собственности (ОКФС); |  |
| 8 | вид медицинской организации в соответствии с номенклатурой медицинских организаций; |  |
| 9 | адрес медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации;   1. 1) адрес, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке; 2. 2) уникальный номер адреса медицинской организации в пределах места нахождения медицинской организации, адреса, по которому индивидуальный предприниматель зарегистрирован по месту жительства в установленном законодательством Российской Федерации порядке, в государственном адресном реестре; |  |
| 10 | адрес электронной почты, номер телефона медицинской организации |  |
| 11 | фамилию, имя, отчество (при наличии) руководителя и иных лиц медицинской организации, имеющих право действовать от имени медицинской организации без доверенности |  |
| 12 | банковские реквизиты медицинской организации |  |
| 13 | сведения о лицензии на осуществление медицинской деятельности:   1. 1) наименование лицензирующего органа; 2. 2) адреса мест осуществления медицинской деятельности; 3. 3) оказываемые медицинские услуги (выполняемые работы); 4. 4) номер и дата регистрации лицензии на осуществление медицинской деятельности; |  |
| 14 | сведения об обособленных структурных подразделениях медицинской организации, предлагаемых к участию в реализации территориальной программы на соответствующий финансовый год:   1. 1) полное наименование обособленного структурного подразделения медицинской организации в соответствии со сведениями ЕГРЮЛ; 2. 2) вид обособленного структурного подразделения медицинской организации в соответствии с номенклатурой медицинских организаций; 3. 3) адрес обособленного структурного подразделения медицинской организации в пределах места нахождения обособленного структурного подразделения медицинской организации; 4. 4) уникальный номер адреса обособленного структурного подразделения медицинской организации в пределах места нахождения обособленного структурного подразделения медицинской организации в государственном адресном реестре; 5. 5) адрес электронной почты, номер телефона обособленного структурного подразделения медицинской организации; 6. 6) фамилию, имя, отчество (при наличии) руководителя обособленного структурного подразделения медицинской организации; 7. 7) банковские реквизиты обособленного структурного подразделения медицинской организации (при наличии); |  |
| 15 | сведения об адресах оказания медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации, расположенных по данным адресам обособленных структурных подразделениях медицинской организации и (или) наименованиях структурных подразделений, расположенных по данным адресам (при наличии), уникальные номера адресов оказания медицинской помощи в государственном адресном реестре |  |
| 16 | мощность коечного фонда медицинской организации и количество врачей, участвующих в оказании первичной медико-санитарной помощи, в разрезе профилей и адресов оказания медицинской помощи, в том числе с выделением мощности, заявляемой для реализации территориальной программы |  |
| 17 | виды и формы медицинской помощи, планируемые к оказанию медицинской организацией в рамках территориальной программы, в разрезе условий оказания и профилей медицинской помощи |  |
| 18 | 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, клинико-профильных/клинико-статистических групп заболеваний по детскому и взрослому населению, а также планируемых к выполнению объемах диагностических и (или) консультативных услуг на плановый год взрослому и детскому населению согласно номенклатуре медицинских услуг |  |