



## ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

### ПРИКАЗ

19.05.2020 № 183ос

г. Тюмень

**Об утверждении формы заявки медицинской организации на включение в перечень медицинских организаций, оказывающих за счет бюджетных ассигнований бюджета Тюменской области высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования**

Во исполнение постановления Правительства Тюменской области от 15.05.2020 № 289-п «Об утверждении порядка формирования перечня медицинских организаций, оказывающих за счет бюджетных ассигнований бюджета Тюменской области высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования»

п р и к а з ы в а ю :

1. Утвердить форму заявки медицинской организации на включение в перечень медицинских организаций, оказывающих за счет бюджетных ассигнований бюджета Тюменской области высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, согласно приложению к настоящему приказу.
2. Признать утратившим силу приказ Департамента здравоохранения Тюменской области от 10.07.2015 № 453ос «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».
3. Контроль исполнения приказа оставляю за собой.

Заместитель директора

Н.В. Логинова



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

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, утверждаемым Постановлением Правительства Российской Федерации о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи \_\_\_\_\_

7. Прилагаемые документы \_\_\_\_\_

Подпись руководителя  
медицинской организации

М.П.  
(при наличии)