**Приложение № 31**

**к Соглашению от 16 января 2019 г.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ОТЧЕТ** | | | | | | |
| **об использовании выделенных средств, недостающих для оплаты медицинской помощи, из средств нормированного страхового запаса Территориального фонда обязательного медицинского страхования Калужской области (НСЗ ТФОМС Калужской области)** | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  |  |  |  | | |  |
|  |  |  | (наименование страховой медицинской организации) | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| № и дата платежного поручения ТФОМС Калужской области | | | |  | | |
| Сумма средств недостающих для оплаты медицинской помощи (руб.) | | | |  | | |
| Назначение платежа | | | |  | | |
| Дата зачисления суммы средств недостающих для оплаты медицинской помощи на счет СМО | | | |  | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Реестр платежных поручений по использованию недостающих средств для оплаты медицинской помощи** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Дата** | **№ пл/п** | **Сумма (руб.)** | **Наименование получателя средств** | **Назначение платежа** | | **Примечание** |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |
| **Итого** |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Руководитель СМО**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  |
|  | (подпись) (расшифровка) | | | | |  |
|  | **Главный бухгалтер** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  |
|  | (подпись) (расшифровка) | | | | |  |
|  | М.П. |  |  |  |  |  |
|  | «\_\_\_» «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» 201\_\_г. | | |  |  |  |