**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. |  |  |  |