



Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

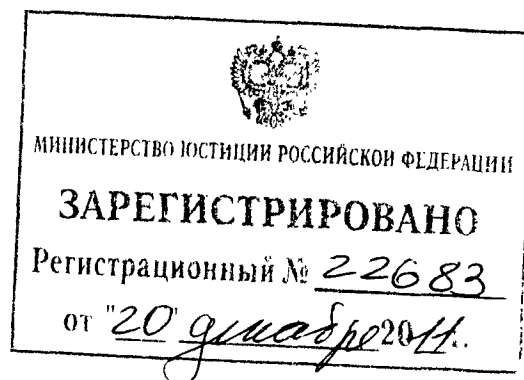
ПРИКАЗ

«01» декабря 2011 года

Москва

№ 224

Об утверждении формы заявки на получение
иных межбюджетных трансфертов из бюджета
Федерального фонда обязательного медицинского
страхования на единовременные компенсационные
выплаты медицинским работникам



В соответствии с пунктом 2 части 12² статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2011, № 25, ст. 3529) **п р и к а з ы в а ю:**

1. Утвердить форму заявки на получение иных межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам согласно приложению.

2. Настоящий Приказ вступает в силу с 1 января 2012 года.

Председатель

А.В. Юрин

Приложение
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского страхования
от 01.10.2011 № 224

Заявка на получение иных межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам

на _____ 2012 года
(месяц)

(субъект Российской Федерации)

В соответствии с пунктом 2 части 12² статьи 51 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» представляется Заявка на получение иных межбюджетных трансфертов из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в сумме _____ тыс. рублей на единовременные компенсационные выплаты медицинским работникам в количестве _____ чел. согласно сведениям:

№ п/п	Фамилия, инициалы медицинского работника	Дата, месяц, год рождения	Год окончания образования высшего профессионального образования	Наименование учреждения, с которым заключен трудовой договор	Наименование населенного пункта, в котором расположено медицинское учреждение, код ОКАТО	Дата заключения трудового договора с медицинским учреждением	Дата заключения договора с уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации
1	2	3	4	5	6	7	8

Руководитель уполномоченного органа
исполнительной власти
субъекта Российской Федерации

(подпись) _____ (расшифровка подписи)

М.П.

Директор территориального фонда
обязательного медицинского страхования

(подпись) _____ (расшифровка подписи)

М.П.

Дата составления заявки _____

Исполнитель _____
(ФИО полностью, тел.)