

Приложение 1
к Правилам формирования
и использования резерва фонда
социального медицинского
страхования на покрытие
непредвиденных расходов

Форма

Заявка на оплату дополнительных объемов медицинских услуг,
связанных с ростом потребности населения в медицинских услугах на период
покрытия

Период покрытия:	дата начала и завершения
Нормативный правовой акт о введении чрезвычайной ситуации/ чрезвычайного положения:	наименование, дата и номер
Нормативный правовой акт об отмене чрезвычайной ситуации / прекращении или отмене чрезвычайного положения:	наименование, дата и номер
Сумма непредвиденных расходов:	сумма в тенге прописью
Приложение:	1) согласование местного исполнительного органа области, города республиканского значения и столицы; 2) расчет суммы дополнительной потребности услуг по видам и объемам медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования – на _____ листе (-ах).

Руководитель субъекта здравоохранения: _____
(подпись, Ф.И.О. (при наличии), дата)

М.П. (при наличии)
