

Приложение 6
к Территориальной программе

Руководителю _____
(наименование обслуживающей

_____ организации*)

от _____
(наименование

_____ медицинской организации)

ЗАЯВКА

**на возмещение расходов, связанных с оказанием гражданам
медицинской помощи в экстренной форме**

Прошу произвести возмещение расходов, связанных с оказанием гражданам медицинской помощи в экстренной форме, в размере _____ рублей.

_____ (сумма прописью)

Реестр сведений об оказании медицинской помощи в экстренной форме прилагается.

Банковские реквизиты для перечисления средств:

- наименование медицинской организации: _____;

- ИНН/КПП _____;

- расчетный счет _____;

- наименование кредитной организации: _____;

- БИК _____;

- корреспондентский счет _____.

Руководитель _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

М.П. (при наличии печати) «___» _____ 20__ г.

*Медицинская организация, участвующая в реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания населению Ярославской области медицинской помощи на 2022 год и на плановый период 2023 и 2024 годов, на территории обслуживания которой оказана медицинская помощь в экстренной форме.