

Направлять ежеквартально
на электронный адрес:
Npravlovskaya@oms.karelia.gu
Evetkova@oms.karelia.gu
Osafropova@oms.karelia.gu
Nfomina@oms.karelia.gu
Rubsova@oms.karelia.gu

в срок до 15 числа месяца,
следующего за отчетным кварталом

Информация о выполнении плана мероприятий (дата, номер приказа) по устранению нарушений в использовании средств обязательного медицинского страхования, выявленных комплексной проверкой исполнителей средств, полученных наименование медицинской организации на реализацию Территориальной программы обязательного медицинского страхования от даты акта

по состоянию на 01. _____ 20 ____ г.

№ п/п	Нарушение по акту проверки	Мероприятие, направленное на устранение нарушения	Ответственный исполнитель, (должность, фамилия И.О.), срок исполнения	Контроль медицинской организации за исполнением мероприятий (должность, фамилия И.О. ответственного лица)	Сведения об исполнении конкретного мероприятия с указанием даты, локального документа (приказа, протокола, и т. п.)

Руководитель медицинской организации _____

Исполнитель, ответственный за направление информации _____