



П Р И К А З

17.09.2018 1209 №

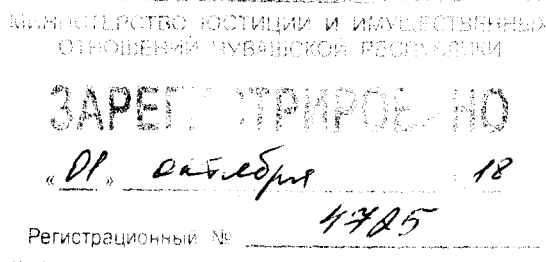
Шупашкар хули

П Р И К А З

17.09.2018 № 1209

г. Чебоксары

Об утверждении формы заявки на включение в перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет средств республиканского бюджета Чувашской Республики



В соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Законом Чувашской Республики «Об охране здоровья граждан в Чувашской Республике», постановлением Кабинета Министров Чувашской Республики от 25 февраля 2013 г. № 55 «Об утверждении Порядка формирования перечня медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет средств республиканского бюджета Чувашской Республики» п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить форму заявки на включение в перечень медицинских организаций, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, за счет средств республиканского бюджета Чувашской Республики согласно приложению к настоящему приказу.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Чувашской Республики В.В. Дубова.

3. Настоящий приказ вступает в силу через десять дней после дня его официального опубликования.

Министр

В.Н. Викторов

Утверждена приказом  
Министерства здравоохранения  
Чувашской Республики  
от 17.09.2018 № 1209

**Заявка на включение в перечень медицинских организаций, оказывающих  
высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую  
программу обязательного медицинского страхования, за счет средств  
республиканского бюджета Чувашской Республики  
на \_\_\_\_\_ год**

Наименование медицинской организации	Юридический адрес медицинской организации	Лицензия на осуществление медицинской деятельности, предусматривающей выполнение работ (услуг) по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи

Руководитель  
медицинской организации \_\_\_\_\_  
(подпись)

М.П.

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)