

Приложение 1
к Порядку предоставления из бюджета
Донецкой Народной Республики иного
межбюджетного трансферта на
финансовое обеспечение выполнения
функций Территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Донецкой Народной
Республики в 2024 году

ЗАЯВКА
на выделение иного межбюджетного трансферта
от _____ 2024 года

Наименование расходного обязательства	Реквизиты получателя средств иного межбюджетного трансферта	Сумма (руб.)	Примечание
1	2	3	4

Руководитель

М.П.

(подпись)

(расшифровка подписи)

Главный
бухгалтер

(подпись)

(расшифровка подписи)