

Приложение 2

к Правилам предоставления в 2024 году иного межбюджетного трансферта из бюджета Донецкой Народной Республики в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Донецкой Народной Республики в целях финансового обеспечения оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации, иностранным гражданам и лицам без гражданства, проживающим на территории Донецкой Народной Республики, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию на территории Донецкой Народной Республики, в медицинских организациях, подведомственных органам исполнительной власти Донецкой Народной Республики, а также в медицинских организациях, подведомственных исполнительным органам государственной власти иных субъектов Российской Федерации, в соответствии с едиными требованиями базовой программы обязательного медицинского страхования

(форма)

ЗАЯВКА

**Территориального фонда обязательного медицинского страхования
Донецкой Народной Республики на предоставление иного межбюджетного трансферта
из бюджета Донецкой Народной Республики**

за _____ 20____ г.
(месяц)

от «___» _____ 20____ г.
(месяц)

Наименование субъекта Российской Федерации _____

Получатель бюджетных средств /код по сводному реестру _____

Код вида расходов _____

Единица измерения (рублей)

№ п/п	Наименование учреждения	Сумма иного межбюджетного трансферта (рублей)
1	2	3
1.		
2.		
3.		
	Итого:	

Руководитель

(уполномоченное лицо)

М.П. _____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер

(иное должностное лицо, на которое возлагается ведение бухгалтерского учета)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

«___» _____ 20____ г.
(дата составления)