

Форма подання до Міністерства охорони здоров'я України інформації про використання бюджетних коштів для відшкодування витрат закладів охорони здоров'я комунальної форми власності на оплату навчання на заходах безперервного професійного розвитку лікарів за основним місцем роботи

Найменування державного органу _____
(повне найменування Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурного підрозділу з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних (військових) адміністрацій)

Місцезнаходження _____

Код згідно з ЄДРПОУ _____

Звітний період з _____ 20__ р. по _____ 20__ р.

№ з/п	Назва закладу охорони здоров'я комунальної форми власності	Код згідно з ЄДРПОУ	ПІБ лікаря	Посада лікаря	Виданий сертифікат (посвідчення) (дата видачі, серія, номер (за наявності))	Вартість заходу БПР, гривень	Сума за рахунок коштів державного бюджету, гривень

Всього за звітний період прийняли участь у заходах БПР _____ лікарів, загальна сума відшкодувань _____ гривень

Залишок на дату подання звіту (з урахуванням обсягу бюджетних призначень на _____ рік) _____ гривень

Керівник державного органу _____ (підпис) _____ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

Головний бухгалтер державного органу _____ (підпис) _____ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

МП (за наявності) _____ Дата _____

Начальник Управління медичних кадрів, освіти і науки



Сергій УБОГОВ