

Форма звіту закладу охорони здоров'я щодо кількості лікарів, які пройшли навчання на заходах безперервного професійного розвитку та потребують відшкодування витрат на здійснення безперервного професійного розвитку

Найменування закладу охорони здоров'я комунальної форми власності _____

Місцезнаходження _____

Код згідно з ЄДРПОУ _____

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

№з/ п	ПІБ лікаря	Посада	Захід БПР (назва, дата проведення)	Виданий сертифікат (посвідчення) (дата видачі, серія, номер (за наявності))	Дата оплати заходу БПР	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 (від суми Договору із структурним підрозділом) _____ гривень

Керівник закладу охорони здоров'я _____ (підпис) _____ (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності))

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

МП (за наявності) _____ Дата _____

Начальник Управління медичних кадрів, освіти і науки



Сергій УБОГОВ