

Реестр медицинских организаций для сверки сумм направленных на оплату услуг по медицинской помощи
за _____
(период)

Учреждение : _____

Единица измерения: руб.

№ п/п	Наименование медицинской организации	Номер и дата договора	Номер и дата счета по Талону № 1	Сумма счета по Талону №1	Номер и дата счета по Талону № 2	Сумма счета по Талону №2	Номер и дата счета по талону № 3-1	Сумма счета по Талону № 3-1	Номер и дата счета по Талону № 3-2	Сумма счета по Талону № 3-2	Итого
ИТОГО:											

Начальник (заместитель)
Управления организации
страховых выплат

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Исполнитель

_____ (должность)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

_____ (телефон)

« ____ » _____ 20 ____ г.