Приложение 7

к Соглашению об установлении тарифов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

от 28.12.2017 года № 1/2018

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Акт сверки** | | | | | | | |
| **произведенных лабораторных исследований Центром СПИД**  **по состоянию на 01 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_ года.** | | | | | | | |
| (месяц)  **Для \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (наименование СМО) | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  |
| **Направившее учреждение** | | **Сумма (руб.)** | | **Кол-во услуг (шт.)** | | **Кол-во случаев** | |
|  | |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **От направившего учреждения:** | |  |  | **От ГБУЗ Центра СПИД:** | |  |
| Руководитель МО |  |  |  | Руководитель МО |  |  |
| МП | (подпись) | (ФИО) |  | МП | (подпись) | (ФИО) |
| Главный бухгалтер |  |  |  | Главный бухгалтер |  |  |
|  | (подпись) | (ФИО) |  |  | (подпись) | (ФИО) |
| Дата подписания |  |  |  | Дата подписания |  |  |