УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства здравоохранения

Новосибирской области

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_

Форма

**Сведения о вступлении медицинской организации в**

**программу ВРТ в системе ОМС**

в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_года

(указать месяц)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Код  медицинской организации | Полное наименование  медицинской организации | Ф.И.О.  Пациента (отчество при наличии) | Статус пациента | Комментарий |
|  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_