

Приложение № 11
к Положению об учетной политике
ФГБУ «НМИЦ хирургии
им. А.В. Вишневского» Минздрава
России
от 30.12.2016 № 425

ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России
Адрес: 117997, г. Москва, ул. Большая Серпуховская, д. 27, тел. (499) 236-15-71
ИНН 7705034322 КПП 770501001

Талон-направление № _____ от « _____ » _____ 20 _____ г.

Пациент:
№ амбулаторной карты _____
Плательщик: _____
Адрес фактического проживания: _____

<i>Код услуг</i>	<i>Наименование оказанных услуг</i>	<i>Кол-во</i>	<i>Цена за единицу без НДС</i>	<i>Сумма</i>
1	2	3	4	5
Итого:				

Всего: _____ рублей _____ копеек
(сумма прописью)

Оформил: _____ (_____)
Бухгалтер-кассир: _____ (_____)
Уплатил: _____ (_____)

С условиями оказания медицинских услуг и их оплатой согласен _____
(Да/нет)

Приложение № 12
к Положению об учетной политике
ФГБУ «НМИЦ хирургии
им. А.В. Вишневского» Минздрава
России
от 30.12.2016 № 425

Директору ФГБУ «НМИЦ хирургии
им. А.В. Вишневского» Минздрава России
академику РАН, профессору
Ревишвили А.Ш.

От _____

Адрес _____

Паспорт _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу вернуть мне стоимость медицинских услуг, оплаченных по чеку № _____
от _____ и не востребованных мною в связи с отказом от лечебно-профилактической
помощи, иной причиной: _____

Чек прилагаю

« _____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

Расписка в получении

Получил(а) _____

(сумма прописью)

« _____ » _____ 20 ____ г.

(подпись и расшифровка подписи)

Приложение № 13
к Положению об учетной политике
ФГБУ «НМИЦ хирургии
им. А.В. Вишневского» Минздрава
России
от 30.12.2016 № 425

ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России

Справка
Об объёме выручки за « ____ » _____ 20 ____ г.

Вид услуги	Наличная выручка (рублей)	Выручка по безналичным расчётам (рублей)	Итого:
1.Амбулаторные исследования			
2.Стационарное лечение			
3.Образовательные услуги			
4.Ксерокопирование документов			
Итого:			

Бухгалтер

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Приложение №14

к Положению об учетной политике

ФГБУ "НМИЦ хирургии

им. А.В. Вишневского" Минздрава

России

от 30.12.2016 № 425

ФГБУ "НМИЦ хирургии им. А. В. Вишневского" Минздрава России
ОТЧЕТ ОБ ОБЪЕМЕ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

20 ____ г.

Талон №	Пациент	Платательщик	№ карты	Тип	Название услуги	К- во	№ услуга	талон
Общая сумма оказанных услуг за период:								
Количество оказанных услуг за период:								
Кол-во отмененных услуг:								
Сумма отмененных услуг:								
Всего талонов:								
Исполнитель :								

Приложение № 15
к Положению об учетной политике
ФГБУ «НМИЦ хирургии
им. А.В. Вишневского» Минздрава
России
от 30.12.2016 № 425

Утверждаю
Руководитель _____
учреждения (подпись) (расшифровка подписи)

" " _____ 20__ г.

АКТ № _____

о ликвидации (уничтожении) основного средства

" " _____ 20__ г.

ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России

Сведения об объекте основных средств, подлежащем ликвидации (уничтожению)/ Наименование объекта основных средств, инвентарный номер	Реквизиты акта о списании объекта основных средств		Мероприятия, предусмотренные Актом о списании объекта основных средств (снос, разборка, демонтаж, уничтожение, утилизация и т.д.)
	Дата, номер акта	Материально ответственное лицо	
1	2	3	4 количество (снос, разборка, демонтаж, уничтожение, утилизация)
			5

Комиссия в составе _____ (должности, фамилии и инициалы)

назначенная приказом (распоряжением) _____
" ____ " ____ 20 ____ г. № ____ на основании _____
осуществила контроль выполнения ликвидационных мероприятий в отношении объекта основных средств _____

Заключение комиссии: _____

Члены комиссии: _____ (должность) _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)
_____ (должность) _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)
_____ (должность) _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Приложение № 16
к Положению об учетной политике
ФГБУ «НМИЦ хирургии
им. А.В. Вишневского» Минздрава
России
от 30.12.2016 № 425

**Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени А.В. Вишневского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Утверждаю
Руководитель _____
учреждения (подпись) (расшифровка подписи)

«__» _____ 20__ г.

АКТ
на списание запасных частей

г. Москва

«__» _____ 20__ г.

Комиссия в составе: председатель _____

Члены комиссии: _____

произвели осмотр _____
(наименование запасных частей к транспортному средству)

транспортного средства гос. номер _____

Пробег транспортного средства составил _____

В результате осмотра выявлено:

Заключение комиссии: _____

Председатель комиссии: _____
(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

Члены комиссии: _____
(должность) (подпись) (расшифровка подписи)

_____ (должность) (подпись) (расшифровка подписи)

_____ (должность) (подпись) (расшифровка подписи)