ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
30 листопада 2023 року № 2040

### Форма подання до Міністерства охорони здоров'я України інформації про використання бюджетних коштів для відшкодування витрат закладів охорони здоров'я комунальної форми власності на оплату навчання на заходах безперервного професійного розвитку лікарів за основним місцем роботи

Найменування державного органу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 (повне найменування Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим,

 структурного підрозділу з питань охорони здоров'я обласних, Київської та

 Севастопольської міських державних (військових) адміністрацій)

Місцезнаходження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код згідно з ЄДРПОУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Звітній період з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № з/п | Назва закладу охорони здоров'я комунальної форми власності | Код згідно з ЄДРПОУ | П. І. Б. лікаря | Посада лікаря | Виданий сертифікат (посвідчення) (дата видачі, серія, номер (за наявності)) | Вартість заходу БПР, гривень | Сума за рахунок коштів державного бюджету, гривень |
|   |   |   |   |   |   |   |   |

Всього за звітній період прийняли участь у заходах БПР \_\_\_\_\_\_\_\_ лікарів, загальна сума відшкодувань \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ гривень

Залишок на дату подання звіту (з урахуванням обсягу бюджетних призначень на \_\_\_\_\_\_ рік) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ гривень

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Керівник державного органу | (підпис) | (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)) |
| Головний бухгалтер державного органу | (підпис) | (прізвище, ім'я, по батькові (за наявності)) |
| М. П. (за наявності) | Дата |   |

***Начальник Управління медичних******кадрів, освіти і науки***

***Сергій УБОГОВ***

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
30 листопада 2023 року № 2040

### 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Звітній період з \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р. по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № з/п | П. І. Б. 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 звітній 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)) |
| М. П. (за наявності) | Дата |   |

***Начальник Управління медичних******кадрів, освіти і науки***

***Сергій УБОГОВ***