

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
від 10 липня 2007 року № 378
(в редакції наказу Міністерства охорони
здоров'я України від _____ № ____)

Звітність
Звіт про медичне обслуговування населення, що підлягає включенню у Державний реєстр України осіб, які постраждали внаслідок Чорнобильської катастрофи, за 20__ рік

Респонденти	Терміни подання
Юридичні особи незалежно від їх організаційно-правової форми та підпорядкування та фізичні особи – підприємці, які отримали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики, та здійснюють медичний нагляд і облік осіб, включених до Державного реєстру України осіб, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС – Міністерству охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурним підрозділам з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій	Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурного підрозділу з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій
Міністерство охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних, Київської та Севастопольської міських державних адміністрацій зведений звіт – Міністерству охорони здоров'я України	Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України

Форма № 15
(річна)

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ
«__» _____ № ____

за погодженням із
Держстатом

Респондент:
Найменування юридичної особи / прізвище, ім'я, по-батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця:

Місцезнаходження / місце проживання: _____
(поштовий індекс, область / АР Крим, район, населений пункт, вулиця / провулок, площа тощо, № будинку / корпусу, № квартири / офісу)

Коди респондента:

ЄДРПОУ юридичної особи, реєстраційний номер облікової картки платника податків фізичної особи – підприємця (серію (за наявності) та номер паспорта зазначають фізичні особи, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та офіційно повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті)	території (КАТОТТГ)	основний вид економічної діяльності (КВЕД)	форми власності (КФВ)	організаційно-правової форми (КОПФ)	міністерства, інший центральний орган, якому підпорядкована організація-складач інформації (КОДУ)*
1	2	3	4	5	6

*Тільки для підприємств державного сектору

А	Б	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13	Проведено лікування (із рядка 12):									
13.1	у т. ч. чоловіки									
14	з них (із рядка 13) в амбулаторних умовах, у умовах денного стаціонару, за місцем знаходження, проживання (перебування) пацієнта									
15	в умовах стаціонару									
16	у санаторно-курортних закладах									
17	іншими надавачами медичних послуг									

Дата « _____ » _____ 20 ____ р.

Керівник респондента

М.П.

(підпис)

прізвище, власне ім'я, по-батькові (за наявності)

Форму заповнив

(прізвище, власне ім'я, по-батькові (за наявності))

(номер телефона)

(електронна пошта)

В.о. директора Департаменту громадського здоров'я



Тетяна СКАПА