



**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ  
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ»  
(«ТФОМС ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ»)**

пр. им. В.И. Ленина, д. 56а, г. Волгоград, 400005, тел. (8442) 53-27-27, факс (8442) 53-27-25  
E-mail: [general@volgatfoms.ru](mailto:general@volgatfoms.ru). <http://www.volgatfoms.ru>

ОКПО 22585604, ОГРН 1023403856123, ИНН 3445916210, КПП 344401001

07.04.2015 г.  
На № \_\_\_\_\_

№ 03-30/ 95  
от \_\_\_\_\_

**Руководителям  
медицинских организаций**

**Директорам филиалов**

О предоставлении информации по  
аутсорсингу питания

Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области» (далее – «ТФОМС Волгоградской области») сообщает, что в целях оперативного анализа расходования средств обязательного медицинского страхования, медицинским организациям необходимо ежемесячно представлять информацию о расходах на оплату услуг по организации питания, переданных на аутсорсинг, по состоянию на 1 число месяца, следующего за отчетным.

Медицинским организациям, заключающим договор аутсорсинга необходимо представлять информацию на 1 число месяца, следующего за месяцем заключения договора.

Информация представляется в филиалы «ТФОМС Волгоградской области» по форме, прилагаемой к настоящему письму, нарастающим итогом с начала года, на бумажном носителе и в электронном виде **в срок до 10 числа месяца, следующего за отчетным.**

Директорам филиалов организовать прием запрашиваемой информации по медицинским организациям филиала, использующим аутсорсинг, за 1 квартал 2015 года **в срок до 13.04.2015 г.**

Сводную информацию необходимо представить в электронном виде в плановый отдел «ТФОМС Волгоградской области» **в срок до 15.04.2015 года.**

Приложение: 1 л. 1 экз.

Директор

**Т.В. Самарина**

Исп. Кузнецова Елена Валерьевна  
тел. (8442) 53-27-14.

**Информация о расходовании медицинским учреждением средств ОМС на аутсорсинг питания за 2015 год.**

по состоянию на **01.04.2015 г.**

Код МО	Наименование МО	№ договора	Наименование исполнителя договора	Период действия договора		Сумма по договору			Выполнение договора на 1 число месяца, следующего за отчетным, руб.	Кассовые расходы медицинской организации по договору на 1 число месяца, следующего за отчетным, руб.	Сумма кредиторской задолженности медицинской организации на 1 число месяца, следующего за отчетным, руб.
				начало действия	окончание действия	Сумма по договору, руб.	в т.ч. 2015 год, руб.	кол-во услуг, установленных для оплаты по договору на 2015 год			

\* при наличии нескольких видов столов с разной стоимостью определяется как средняя величина