

Руководителю

(наименование медицинской организации)

Уведомление
о возврате средств обязательного медицинского страхования

В соответствии с заключением по результатам

медико-экономического контроля / медико-экономической экспертизы / экспертизы качества медицинской помощи
от _____ № _____, на основании пункта _____ договора на оказание
7.10 / 7.11
и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию
от _____ № _____ средства обязательного медицинского страхования в
размере _____ подлежат возврату в

*(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации/
страховой медицинской организации)*
в течение 5 рабочих дней со дня направления настоящего Уведомления.

(подпись)

(ФИО руководителя территориального фонда обязательного
медицинского страхования субъекта Российской Федерации/
страховой медицинской организации)

«__» _____ 202__ г.

М.П.

Исп.: _____
Тел. _____