Приложение № 7

к Порядку взаимодействия участников

системы обязательного медицинского страхования

Республики Карелия при проведении контроля объемов,

сроков качества и условий предоставления медицинской

помощи по обязательному медицинскому страхованию

**AKT**

**приема-передачи**

**основного файла акта КОСКУ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование страховой медицинской организации)

Передала, а Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Республики Карелия» получил

файлы со следующими характеристиками:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Имя файла | Тип информации | Размер  файла | Контрольная сумма  MD5/CRC32 | Дата  создания |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **СДАЛ:** | |  | | **ПРИНЯЛ:** | |
| Директор СМО | |  | | Директор ГУ ТФОМС РК | |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  | А.М.Гравов |
| (подпись) | (расшифровка подписи) |  | | (подпись) |  |
| « \_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г  М.П. | |  | | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г  М.П. | |
| Достоверность сформированных в КАС следующих отчетных форм: | | | | | | |
| 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   (наименование отчетной формы)   1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   (наименование отчетной формы)   1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   (наименование отчетной формы) | | | | | | |
| **ПОДТВЕРЖДАЮ**  Директор СМО | | |  | | | |
|  | | |  | | | |
| (подпись) | | | (расшифровка подписи) | | | |
| «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. | | | | | | |