Зарегистрировано в Минюсте РФ 30 декабря 2005 г. N 7337

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 28 ноября 2005 г. N 701

О РОДОВОМ СЕРТИФИКАТЕ

В соответствии с пунктом 5.2.11 Положения о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденного Постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. N 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, N 28, ст. 2898; 2005, N 2, ст. 162), и в целях осуществления Фондом социального страхования Российской Федерации функций по оплате услуг медицинской помощи женщинам в период беременности и родов, оказываемой государственными и муниципальными учреждениями здравоохранения, а также в части диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни, приказываю:

1. Утвердить:

форму родового сертификата согласно приложению N 1;

Инструкцию по заполнению родового сертификата согласно приложению N 2;

Порядок обеспечения родовыми сертификатами государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, их учета и хранения согласно приложению N 3.

2. Исключен. - Приказ Минздравсоцразвития РФ от 25.10.2006 N 730.

Министр

М.Ю.ЗУРАБОВ

Приложение N 1

к Приказу

Министерства здравоохранения

и социального развития

Российской Федерации

от 28 ноября 2005 г. N 701

ФОРМА РОДОВОГО СЕРТИФИКАТА

 Корешок РОДОВОГО СЕРТИФИКАТА

 Б 0000000

з Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

а (полностью)

п Адрес регистрации места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

о ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

л Номер полиса ОМС: │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

н └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

я ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

е СНИЛС │ │ │ │-│ │ │ │-│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

т └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

с ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

я Дата выдачи │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ Расписка получателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

Л

П -------------------------------------------------------------------------------------

У линия отреза

, -------------------------------------------------------------------------------------

о ТАЛОН N 1 РОДОВОГО СЕРТИФИКАТА

с (на оплату услуг по медицинской помощи, оказываемой Б 0000000

у в период наблюдения женщины до родов)

щ

е 1. Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

с (наименование ЛПУ, осуществляющего наблюдение

т за беременной женщиной и выдавшего родовый

в сертификат)

л ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐

я 2. Дата выдачи │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ 3. Срок беременности │ │ │

ю └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘

щ (недель, на момент выдачи

и сертификата)

м ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

 4. Дата постановки │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

н на учет └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

а └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

б ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ 6. Номер ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

л 5. СНИЛС │ │ │ │-│ │ │ │-│ │ │ │ │ │ │ полиса │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

ю └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┘ ОМС: └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

д 7. Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

е (полностью)

н ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

и 8. Дата рождения │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

е женщины └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

 9. Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

з (название, серия, номер, кем и когда выдан)

а 10. Адрес регистрации места \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 жительства

б ПОДПИСЬ РУКОВОДИТЕЛЯ ЛПУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПЕЧАТЬ ЛПУ

е

р -------------------------------------------------------------------------------------

е линия отреза

м -------------------------------------------------------------------------------------

е

н ТАЛОН N 2 РОДОВОГО СЕРТИФИКАТА выда-

н (на оплату услуг по медицинской помощи, оказываемой Б 0000000 ется

о в период родов женщины) жен-

й щине

 1. Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на

 (наименование ЛПУ, выдавшего родовый сертификат) руки

 ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ вмес-

 2. Дата выдачи │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ те с

 └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ родо-

 ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ 4. Номер ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ вым

 3. СНИЛС │ │ │ │-│ │ │ │-│ │ │ │ │ │ │ полиса │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ сер-

 └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┘ ОМС: └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ тифи-

 5. Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ катом

 (полностью) и та-

 ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ лона-

 6. Дата рождения │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ ми NN

 женщины └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘ 3-1,

 7. Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3-2

 (название, номер, серия, кем и когда для

 выдан) пере-

 8. Адрес регистрации места \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дачи

 жительства в род-

 дом

 ПОДПИСЬ РУКОВОДИТЕЛЯ ЛПУ, осуществляющего наблюдение до родов \_\_\_\_\_ ПЕЧАТЬ ЛПУ (отде-

 ------------------------------------- ле-

 ------------------------------------- ние)

 за- 9. Наименование ЛПУ, в котором проходили роды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 полня- ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┐

 ется 10. Дата родов │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ 11. Исход родов │ │ │ │ │ │ (код по

 по └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┘ МКБ-10)

 месту

 родов ПОДПИСЬ РУКОВОДИТЕЛЯ ЛПУ, в котором проходили роды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПЕЧАТЬ ЛПУ

--------------------------------------------------------------------------------------------

 линия отреза

--------------------------------------------------------------------------------------------

 РОДОВЫЙ СЕРТИФИКАТ

 Б 0000000

 1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ 3. Номер ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

 2. СНИЛС │ │ │ │-│ │ │ │-│ │ │ │ │ │ │ полиса │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┘ ОМС: └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

 │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

 4. Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование ЛПУ, выдавшего родовый сертификат)

 ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

 5. Дата выдачи │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

 6. Наименование ЛПУ, в котором проходили роды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐

 7. Дата родов │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ 8. Время родов │ │ │ │ │ │

 └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘ └─┴─┘

 9. СВЕДЕНИЯ О РЕБЕНКЕ: Пол \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Рост \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Вес \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ┌─┬─┐

 10. Число детей у женщины, включая рожденных ранее │ │ │

 └─┴─┘

 ПОДПИСЬ РУКОВОДИТЕЛЯ ЛПУ, в котором проходили роды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПЕЧАТЬ ЛПУ

--------------------------------------------------------------------------------------------

 линия отреза

--------------------------------------------------------------------------------------------

 ТАЛОН N 3-2 РОДОВОГО СЕРТИФИКАТА выда-

 (на оплату услуг за вторые шесть месяцев Б 0000000 ется

 диспансерного наблюдения ребенка) жен-

 щине

з 1. Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на

а (наименование ЛПУ, выдавшего родовый сертификат) руки

п ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ вмес-

о 2. Дата выдачи │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ те с

л └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘ родо-

н 3. Ф.И.О. матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ вым

я (полностью) сер-

е ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ 5. Номер ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ тифи-

т 4. СНИЛС │ │ │ │-│ │ │ │-│ │ │ │ │ │ │ полиса │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ катом

с матери └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┘ ОМС └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ для

я матери ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ пере-

 │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ дачи

Л └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ в

П 6. Наименование ЛПУ, в котором проходили роды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ детс-

У ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ кое

, 7. Дата рождения │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ ле-

 ребенка (дата родов) └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘ чеб-

о 8. Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ное

с (полностью. При рождении двойни и более детей уч-

у заполняется оборотная сторона талона) реж-

щ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ дение

е 9. Номер полиса ОМС ребенка │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

с └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

т ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

в │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

л └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

я 10. Наименование ЛПУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ю (осуществляющего диспансерное наблюдение ребенка)

щ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

и 11. Период диспансерного с │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ по │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

м наблюдения ребенка: └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

д ПОДПИСЬ РУКОВОДИТЕЛЯ ЛПУ, осуществлявшего диспансерное

и наблюдение ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПЕЧАТЬ ЛПУ

с

п -----------------------------------------------------------------------------------

а линия отреза

н -----------------------------------------------------------------------------------

с

е ТАЛОН N 3-1 РОДОВОГО СЕРТИФИКАТА

р (на оплату услуг за первые шесть месяцев Б 0000000

н диспансерного наблюдения ребенка)

о

е 1. Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование ЛПУ, выдавшего родовый сертификат)

н ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

а 2. Дата выдачи │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

б └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

л 3. Ф.И.О. матери \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ю (полностью)

д ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ 5. Номер ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

е 4. СНИЛС │ │ │ │-│ │ │ │-│ │ │ │ │ │ │ полиса │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

н матери └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┴─┘ └─┴─┘ ОМС └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

и матери ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

е │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

р 6. Наименование ЛПУ, в котором проходили роды \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

е ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

б 7. Дата рождения │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

е ребенка (дата родов) └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

н 8. Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

к (полностью. При рождении двойни и более детей

а заполняется оборотная сторона талона)

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

 9. Номер полиса ОМС ребенка │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

 │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

 10. Наименование ЛПУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (осуществляющего диспансерное наблюдение ребенка)

 ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

 11. Период диспансерного с │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ по │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 наблюдения ребенка: └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

 ПОДПИСЬ РУКОВОДИТЕЛЯ ЛПУ, осуществлявшего диспансерное

 наблюдение ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПЕЧАТЬ ЛПУ

--------------------------------------------------------------------------------------------

Оборотная сторона талона N 3-2 родового сертификата

--------------------------------------------------------------------------------------------

 линия отреза

--------------------------------------------------------------------------------------------

За- Сведения о втором и последующих детях:

пол-

ня- 8.1. Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ется (полностью)

в ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

слу- 9.1. Номер полиса │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ 11.1. Период с │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

чае ОМС ребенка └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ диспансерного └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

рож- ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ наблюдения ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

де- │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ ребенка по │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

ния └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

дво- 8.2. Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

йни (полностью)

и ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

бо- 9.2. Номер полиса │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ 11.2. Период с │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

лее ОМС ребенка └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ диспансерного └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

де- ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ наблюдения ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

тей │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ ребенка по │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

 8.3. Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (полностью)

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

 9.3. Номер полиса │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ 11.3. Период с │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 ОМС ребенка └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ диспансерного └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ наблюдения ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

 │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ ребенка по │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

 ПОДПИСЬ РУКОВОДИТЕЛЯ ЛПУ, осуществлявшего диспансерное

 наблюдение ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПЕЧАТЬ ЛПУ

--------------------------------------------------------------------------------------------

Оборотная сторона талона N 3-1 родового сертификата

--------------------------------------------------------------------------------------------

 линия отреза

--------------------------------------------------------------------------------------------

За- Сведения о втором и последующих детях:

пол-

ня- 8.1. Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ется (полностью)

в ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

слу- 9.1. Номер полиса │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ 11.1. Период с │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

чае ОМС ребенка └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ диспансерного └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

рож- ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ наблюдения ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

де- │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ ребенка по │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

ния └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

дво- 8.2. Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

йни (полностью)

и ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

бо- 9.2. Номер полиса │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ 11.2. Период с │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

лее ОМС ребенка └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ диспансерного └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

де- ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ наблюдения ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

тей │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ ребенка по │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

 8.3. Ф.И.О. ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (полностью)

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

 9.3. Номер полиса │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ 11.3. Период с │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 ОМС ребенка └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ диспансерного └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐ наблюдения ┌─┬─┐ ┌─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┐

 │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ ребенка по │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘ └─┴─┘.└─┴─┘.└─┴─┴─┴─┘

 ПОДПИСЬ РУКОВОДИТЕЛЯ ЛПУ, осуществлявшего диспансерное

 наблюдение ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ПЕЧАТЬ ЛПУ

------------------------------------------------------------------------------------------

Приложение N 2

к Приказу

Министерства здравоохранения

и социального развития

Российской Федерации

от 28 ноября 2005 г. N 701

ИНСТРУКЦИЯ

ПО ЗАПОЛНЕНИЮ РОДОВОГО СЕРТИФИКАТА

1. Родовый сертификат заполняется <\*> государственными и муниципальными учреждениями (отделениями) здравоохранения, оказывающими медицинскую помощь женщинам в период беременности и родов, имеющими лицензию на медицинскую деятельность в части осуществления работ и услуг по специальности "акушерство и гинекология", а также осуществляющими диспансерное наблюдение ребенка в течение первого года жизни, имеющими лицензию на медицинскую деятельность в части осуществления работ и услуг по специальности "педиатрия" (далее - учреждения здравоохранения).

--------------------------------

<\*> Родовый сертификат заполняется и выдается женщине при сроке беременности свыше 30 недель.

2. Родовый сертификат состоит из шести частей:

первая часть - корешок родового сертификата, предназначенный для подтверждения выдачи родового сертификата;

вторая часть - талон N 1 родового сертификата, предназначенный для оплаты учреждениям здравоохранения медицинской помощи, оказываемой женщинам в период беременности на амбулаторно-поликлиническом этапе (далее - женская консультация);

третья часть - талон N 2 родового сертификата, предназначенный для оплаты учреждениям здравоохранения медицинской помощи, оказываемой женщинам во время родов в родильных домах (отделениях), перинатальных центрах (далее - родильный дом);

четвертая часть - родовый сертификат, служащий подтверждением оказания медицинской помощи женщинам в период беременности и родов учреждениями здравоохранения;

пятая часть - талон N 3-2 родового сертификата, предназначенный для оплаты учреждениям здравоохранения услуг за вторые шесть месяцев диспансерного наблюдения ребенка;

шестая часть - талон N 3-1 родового сертификата, предназначенный для оплаты учреждениям здравоохранения услуг за первые шесть месяцев диспансерного наблюдения ребенка.

3. Родовый сертификат, корешок родового сертификата, талон N 1 родового сертификата и пункты 1 - 8 талона N 2 родового сертификата одновременно заполняются медицинским работником женской консультации при предъявлении женщиной паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, страхового полиса обязательного медицинского страхования и страхового свидетельства государственного пенсионного страхования <\*>.

--------------------------------

<\*> Для работающих женщин.

4. Записи в родовом сертификате выполняются разборчиво на русском языке ручкой синего или фиолетового цвета.

5. При заполнении корешка родового сертификата:

в строке "Ф.И.О." указывается полностью, без сокращений фамилия, имя, отчество беременной женщины в соответствии с документом, удостоверяющим ее личность;

строка "Адрес регистрации места жительства" заполняется на основании записи в документе, удостоверяющем личность, или документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства;

в строке "СНИЛС" указывается номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;

в строке "Номер полиса ОМС" указывается номер страхового полиса обязательного медицинского страхования;

строка "Дата выдачи" включает число, месяц, год выдачи родового сертификата;

строка "Расписка получателя" должна содержать подпись беременной женщины, получившей родовый сертификат.

6. При заполнении талона N 1 родового сертификата:

в п. 1 "Кем выдан" указывается полное наименование и адрес женской консультации, выдавшей родовый сертификат, или ставится ее штамп;

в п. 2 "Дата выдачи" указывается число, месяц, год выдачи родового сертификата;

в п. 3 "Срок беременности" указывается полное число недель беременности на момент выдачи женщине родового сертификата;

в п. 4 "Дата постановки на учет" указывается число, месяц, год, когда женщина впервые обратилась в женскую консультацию в связи с данной беременностью;

в п. 5 "СНИЛС" указывается номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;

в п. 6 "Номер полиса ОМС" указывается номер страхового полиса обязательного медицинского страхования;

в п. 7 "Ф.И.О." указывается полностью, без сокращений фамилия, имя, отчество беременной женщины в соответствии с документом, удостоверяющим ее личность;

в п. 8 "Дата рождения женщины" указывается число, месяц, год рождения беременной женщины в соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность;

в п. 9 "Документ, удостоверяющий личность" указывается конкретное название документа, удостоверяющего личность, а также его реквизиты;

п. 10 "Адрес регистрации места жительства" заполняется на основании записи в документе, удостоверяющем личность, или документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства.

Талон N 1 родового сертификата заверяется подписью руководителя и печатью женской консультации <\*>, проставляемой в правом нижнем углу талона N 1 родового сертификата.

--------------------------------

<\*> Здесь и далее - при отсутствии у женской консультации (родильного дома) печати талон родового сертификата заверяется печатью соответствующего учреждения здравоохранения, в состав которого входит женская консультация (родильный дом).

7. При заполнении талона N 2 родового сертификата:

в п. 1 "Кем выдан" указывается полное наименование и адрес женской консультации, выдавшей родовый сертификат, или ставится ее штамп;

в п. 2 "Дата выдачи" указывается число, месяц, год выдачи родового сертификата;

в п. 3 "СНИЛС" указывается номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;

в п. 4 "Номер полиса ОМС" указывается номер страхового полиса обязательного медицинского страхования;

в п. 5 "Ф.И.О." указывается полностью, без сокращений фамилия, имя, отчество беременной женщины в соответствии с документом, удостоверяющим ее личность;

в п. 6 "Дата рождения женщины" указывается число, месяц, год рождения беременной женщины в соответствии с записью в документе, удостоверяющем ее личность;

в п. 7 "Документ, удостоверяющий личность" указывается конкретное название документа, удостоверяющего личность, а также его реквизиты;

п. 8 "Адрес регистрации места жительства" заполняется на основании записи в документе, удостоверяющем личность, или документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства.

Заполненные пункты 1 - 8 талона N 2 родового сертификата заверяются подписью руководителя и печатью женской консультации, проставляемой в правом среднем углу талона N 2 родового сертификата.

8. Пункты 9 - 11 талона N 2 родового сертификата заполняются медицинским работником родильного дома:

в п. 9 "Наименование ЛПУ, в котором проходили роды" указывается полное наименование и адрес родильного дома, в котором женщине была предоставлена медицинская помощь в период родов, или ставится его штамп;

в п. 10 "Дата родов" указывается число, месяц, год, когда были приняты роды;

в п. 11 "Исход родов" указывается код по МКБ-10 в случае смерти матери или ребенка.

Заполненные пункты 9 - 11 талона N 2 родового сертификата заверяются подписью руководителя и печатью родильного дома, проставляемой в правом нижнем углу бланка родового сертификата.

9. Заполнение Родового сертификата осуществляется в следующем порядке:

9.1. Пункты 1 - 5 заполняются медицинским работником учреждения здравоохранения, выдавшего родовый сертификат:

в п. 1 "Ф.И.О." указывается полностью, без сокращений фамилия, имя, отчество женщины в соответствии с документом, удостоверяющим ее личность;

в п. 2 "СНИЛС" указывается номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования;

в п. 3 "Номер полиса ОМС" указывается номер страхового полиса обязательного медицинского страхования;

в п. 4 "Кем выдан" указывается полное наименование и адрес учреждения здравоохранения, выдавшего родовый сертификат, или ставится его штамп;

в п. 5 "Дата выдачи" указывается число, месяц, год выдачи родового сертификата.

9.2. Пункты 6 - 10 родового сертификата заполняются медицинским работником родильного дома:

в п. 6 "Наименование ЛПУ, в котором проходили роды" указывается полное наименование и адрес родильного дома, в котором женщине была предоставлена медицинская помощь в период родов, или ставится его штамп;

в п. 7 "Дата родов" указывается число, месяц и год родов;

в п. 8 "Время родов" указываются часы и минуты родов;

в п. 9 "Сведения о ребенке" указывается пол родившегося ребенка, его рост и вес;

в п. 10 "Число детей у женщины, включая рожденных ранее" указывается общее число детей, имеющихся у женщины, включая рожденных ею ранее.

Родовый сертификат заверяется подписью руководителя родильного дома и печатью родильного дома, проставляемой в правом нижнем углу родового сертификата.

10. При заполнении талона N 3-2 родового сертификата:

10.1. лицевой стороны:

в п. 1 "Кем выдан" указывается полное наименование и адрес учреждения здравоохранения, выдавшего родовый сертификат;

в п. 2 "Дата выдачи" указывается число, месяц, год выдачи родового сертификата;

в п. 3 "Ф.И.О. матери" указывается полностью, без сокращений фамилия, имя, отчество женщины в соответствии с документом, удостоверяющим ее личность;

в п. 4 "СНИЛС матери" указывается номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования женщины;

в п. 5 "Номер полиса ОМС матери" указывается номер страхового полиса обязательного медицинского страхования женщины;

в п. 6 "Наименование ЛПУ, в котором проходили роды" указывается полное наименование и адрес родильного дома, в котором женщине была предоставлена медицинская помощь в период родов;

в п. 7 "Дата рождения ребенка (дата родов)" указывается число, месяц, год рождения ребенка;

в п. 8 "Ф.И.О. ребенка" указывается полностью, без сокращений фамилия, имя, отчество ребенка;

в п. 9 "Номер полиса ОМС ребенка" указывается номер страхового полиса обязательного медицинского страхования ребенка;

в п. 10 "Наименование ЛПУ" указывается полное наименование и адрес учреждения здравоохранения, осуществляющего диспансерное наблюдение ребенка, либо ставится его штамп;

в п. 11 "Период диспансерного наблюдения ребенка" указываются даты (число, месяц и год) начала и окончания диспансерного наблюдения ребенка в течение вторых шести месяцев его жизни.

Талон N 3-2 родового сертификата с лицевой стороны заверяется подписью руководителя и печатью учреждения здравоохранения, осуществляющего диспансерное наблюдение ребенка, проставляемой в правом нижнем углу;

10.2. оборотной стороны, заполняемой только в случае рождения женщиной двойни и более детей и включающей сведения о втором и последующих детях:

в пунктах 8.1, 8.2, 8.3 "Ф.И.О. ребенка" указывается полностью, без сокращений фамилия, имя, отчество второго и последующих детей;

в пунктах 9.1, 9.2, 9.3 "Номер полиса ОМС ребенка" указывается номер страхового полиса обязательного медицинского страхования второго и последующих детей;

в пунктах 11.1, 11.2, 11.3 "Период диспансерного наблюдения ребенка" указываются даты (число, месяц и год) начала и окончания диспансерного наблюдения ребенка в течение вторых шести месяцев его жизни.

Талон N 3-2 родового сертификата с оборотной стороны в случае ее заполнения заверяется подписью руководителя и печатью учреждения здравоохранения, осуществляющего диспансерное наблюдение детей, проставляемой в правом нижнем углу.

В случае, если оборотная сторона не подлежит заполнению, то она погашается следующим образом: "Z".

11. При заполнении талона N 3-1 родового сертификата:

11.1. лицевой стороны:

в п. 1 "Кем выдан" указывается полное наименование и адрес учреждения здравоохранения, выдавшего родовый сертификат;

в п. 2 "Дата выдачи" указывается число, месяц, год выдачи родового сертификата;

в п. 3 "Ф.И.О. матери" указывается полностью, без сокращений фамилия, имя, отчество женщины;

в п. 4 "СНИЛС матери" указывается номер страхового свидетельства государственного пенсионного страхования женщины;

в п. 5 "Номер полиса ОМС матери" указывается номер страхового полиса обязательного медицинского страхования женщины;

в п. 6 "Наименование ЛПУ, в котором проходили роды" указывается полное наименование и адрес родильного дома, в котором женщине была предоставлена медицинская помощь в период родов;

в п. 7 "Дата рождения ребенка (дата родов)" указывается число, месяц, год рождения ребенка;

в п. 8 "Ф.И.О. ребенка" указывается полностью, без сокращений фамилия, имя, отчество ребенка;

в п. 9 "Номер полиса ОМС ребенка" указывается номер страхового полиса обязательного медицинского страхования ребенка;

в п. 10 "Наименование ЛПУ" указывается полное наименование и адрес учреждения здравоохранения, осуществляющего диспансерное наблюдение ребенка, либо ставится его штамп;

в п. 11 "Период диспансерного наблюдения ребенка" указываются даты (число, месяц и год) начала и окончания диспансерного наблюдения ребенка в течение первых шести месяцев его жизни.

Талон N 3-1 родового сертификата с лицевой стороны заверяется подписью руководителя и печатью учреждения здравоохранения, осуществляющего диспансерное наблюдение ребенка, проставляемой в правом нижнем углу;

11.2. оборотной стороны, заполняемой только в случае рождения женщиной двойни и более детей, и включающей сведения о втором и последующих детях:

в пунктах 8.1, 8.2, 8.3 "Ф.И.О. ребенка" указывается полностью, без сокращений фамилия, имя, отчество второго и последующих детей;

в пунктах 9.1, 9.2, 9.3 "Номер полиса ОМС ребенка" указывается номер страхового полиса обязательного медицинского страхования второго и последующих детей;

в пунктах 11.1, 11.2, 11.3 "Период диспансерного наблюдения ребенка" указываются даты (число, месяц и год) начала и окончания диспансерного наблюдения ребенка в течение первых шести месяцев его жизни.

Талон N 3-1 родового сертификата с оборотной стороны в случае ее заполнения заверяется подписью руководителя и печатью учреждения здравоохранения, осуществляющего диспансерное наблюдение детей, проставляемой в правом нижнем углу.

В случае если оборотная сторона не подлежит заполнению, то она погашается следующим образом: "Z".

12. Исправленный или зачеркнутый текст родового сертификата (не более двух исправлений в одной части родового сертификата) подтверждается записью "исправленному верить", подписью руководителя и печатью учреждения здравоохранения. Оттиски печатей и штампов должны быть четкими и соответствовать названию, записанному в уставе учреждения здравоохранения.

Приложение N 3

к Приказу

Министерства здравоохранения

и социального развития

Российской Федерации

от 28 ноября 2005 г. N 701

ПОРЯДОК

ОБЕСПЕЧЕНИЯ РОДОВЫМИ СЕРТИФИКАТАМИ ГОСУДАРСТВЕННЫХ

И МУНИЦИПАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ,

ИХ УЧЕТА И ХРАНЕНИЯ

1. Настоящий Порядок регулирует вопросы, связанные с обеспечением родовыми сертификатами государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, оказывающих услуги медицинской помощи женщинам в период беременности, имеющих лицензию на медицинскую деятельность в части осуществления работ и услуг по специальности "акушерство и гинекология" (далее - женские консультации), а также вопросы, связанные с учетом и хранением родовых сертификатов.

2. Изготовление родовых сертификатов осуществляется Фондом социального страхования Российской Федерации (далее - Фонд). Родовый сертификат является защищенной полиграфической продукцией уровня "В" и должен соответствовать требованиям, указанным в приложении N 3 к Приказу Министерства финансов Российской Федерации от 7 февраля 2003 г. N 14н "О реализации Постановления Правительства Российской Федерации от 11 ноября 2002 г. N 817" (зарегистрирован Минюстом России 17 марта 2003 г. N 4271), с изменениями, внесенными Приказом Минфина России от 11 июля 2005 г. N 90н (зарегистрирован Минюстом России 2 августа 2005 г. N 6860).

Родовые сертификаты направляются предприятием-изготовителем в исполнительные органы Фонда.

3. Исполнительные органы Фонда (региональные отделения, филиалы региональных отделений) обеспечивают родовыми сертификатами женские консультации по мере необходимости на основании отчетов-заявок на получение родовых сертификатов, представляемых на соответствующий квартал года в порядке, установленном пунктом 13 настоящего Порядка.

В женских консультациях не допускается наличие запаса родовых сертификатов, превышающего квартальную потребность в них.

4. Выдача родовых сертификатов осуществляется одновременно с оформлением накладных в двух экземплярах, одна из которых (первый) передается женской консультации, вторая остается в исполнительном органе Фонда.

Доставка родовых сертификатов от исполнительных органов Фонда производится за счет средств получателя.

5. Родовые сертификаты являются документами строгой отчетности и должны храниться в специальных помещениях, сейфах или в специально изготовленных шкафах, обитых оцинкованным железом, с надежными внутренними или навесными замками. Помещения, сейфы, шкафы, где хранятся родовые сертификаты, должны быть закрыты на замки и опечатаны печатью.

Родовые сертификаты подлежат бухгалтерскому учету на забалансовом счете 03 "Бланки строгой отчетности".

6. Исполнительные органы Фонда и женские консультации обязаны вести строгий учет родовых сертификатов.

7. Учет прихода и расхода родовых сертификатов осуществляется на бумажном и магнитном носителях по программе, разработанной Фондом.

8. Учет прихода и расхода родовых сертификатов на бумажном носителе осуществляется в книге учета прихода-расхода родовых сертификатов исполнительного органа Фонда и книге учета прихода родовых сертификатов женской консультацией, формы которых предусмотрены приложениями N 1 и 2 к настоящему Порядку. Они должны быть пронумерованы, прошнурованы и иметь на последней странице запись, содержащую количество страниц, наименование, печать и подпись руководителя исполнительного органа Фонда, женской консультации. Записи в книгах производятся в хронологическом порядке лицом, ответственным за получение, выдачу и хранение родовых сертификатов (далее - ответственное лицо).

9. Ответственное лицо назначается приказом руководителя исполнительного органа Фонда, женской консультации.

Ответственное лицо получает родовые сертификаты на основании доверенности, оформленной в установленном порядке (с подписью руководителя, главного бухгалтера, заверенных круглой печатью).

10. Лечащие врачи женской консультации либо работники женской консультации, оформляющие родовые сертификаты централизованно, на основании приказа руководителя женской консультации получают родовые сертификаты под отчет от ответственного лица. При получении новых родовых сертификатов указанные лица обязаны сдать ответственному лицу корешки ранее полученных родовых сертификатов. Учет распределения родовых сертификатов осуществляется в книге, форма которой предусмотрена приложением N 3 к настоящему Порядку.

11. Оформленные корешки родовых сертификатов хранятся в женских консультациях в течение трех лет, после чего уничтожаются в этой же женской консультации в соответствии с Актом об уничтожении корешков родовых сертификатов, срок хранения которых истек, форма которого предусмотрена приложением N 4 к настоящему Порядку.

12. Женские консультации ведут учет испорченных, утерянных, похищенных родовых сертификатов в Книге учета испорченных, утерянных, похищенных родовых сертификатов, форма которой предусмотрена приложением N 5 к настоящему Порядку.

В конце года женские консультации передают информацию об испорченных, утерянных и похищенных родовых сертификатах в исполнительные органы Фонда.

Испорченные родовые сертификаты хранятся в женских консультациях в отдельной папке, имеющей их опись, в которой указываются фамилия, имя, отчество лечащего врача, выдавшего родовый сертификат, дата сдачи, номера и серии испорченных родовых сертификатов.

Уничтожение испорченных родовых сертификатов производится в женских консультациях по истечении 3-х лет комиссией, созданной по приказу руководителя женской консультации, по Акту об уничтожении испорченных родовых сертификатов, форма которого предусмотрена приложением N 6 к настоящему Порядку.

13. Женские консультации обязаны представлять в исполнительные органы Фонда:

ежеквартально, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным кварталом, отчеты-заявки на получение родовых сертификатов на соответствующий квартал, форма которых предусмотрена приложением N 7 к настоящему Порядку. Отчеты-заявки представляются независимо от того, имеется ли необходимость в получении новых родовых сертификатов;

ежегодно, до 1 февраля текущего года, заявку на родовые сертификаты на следующий календарный год, форма которой предусмотрена приложением N 8 к настоящему Порядку.

Отчет-заявка и заявка подписываются руководителем и главным бухгалтером женской консультации и заверяются печатью женской консультации.

14. Региональные отделения Фонда на основании данных, представленных женскими консультациями, ежегодно, не позднее 10 февраля текущего года, представляют в Фонд заявку на родовые сертификаты на следующий календарный год, форма которой предусмотрена приложением N 8 к настоящему Порядку.

15. Ответственность за получение, распределение и хранение родовых сертификатов, а также за их учет и отчетность по ним несут руководители и главные бухгалтеры исполнительных органов Фонда, женских консультаций.

Лечащие врачи, а также работники женских консультаций, оформляющие родовые сертификаты централизованно, на основании приказа руководителя женской консультации несут личную ответственность за сохранность полученных родовых сертификатов.

16. Исполнительные органы Фонда осуществляют контроль за организацией учета и хранения родовых сертификатов в женских консультациях.

Приложение N 1

к Порядку обеспечения родовыми

сертификатами государственных

и муниципальных учреждений

здравоохранения, их учета

и хранения, утвержденному

Приказом Министерства

здравоохранения и социального

развития Российской Федерации

от 28 ноября 2005 г. N 701

 КНИГА УЧЕТА

 ПРИХОДА-РАСХОДА РОДОВЫХ СЕРТИФИКАТОВ ИСПОЛНИТЕЛЬНЫМ

 ОРГАНОМ ФОНДА СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

 РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

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

 (наименование (ИНН) (КПП)

 исполнительного органа Фонда)

┌───┬────────────────────────────────────┬──────────────────────────────────────────────────────────────────────────┐

│ N │ ПРИХОД │ РАСХОД │

│п/п├──────┬─────────┬────────────┬──────┼─────────┬────────────┬──────┬────────────────────────────────────────────┤

│ │Дата │Накладная│ Реквизиты │Коли- │Накладная│ Реквизиты │Коли- │ Получатель │

│ │полу- │на полу- │ полученных │чество│на выдачу│ выданных │чество├────────────────────────────────────────────┤

│ │чения │чение ро-│ родовых │полу- │родовых │ родовых │выдан-│ доверенность │

│ │родо- │довых │сертификатов│ченных│сертифи- │сертификатов│ных ├──────┬───┬────┬────────────┬───┬───┬───────┤

│ │вых │сертифи- ├─────┬──────┤родо- │катов ├─────┬──────┤родо- │Ф.И.О.│ N │дата│наименование│ИНН│КПП│подпись│

│ │серти-│катов │серия│ N │вых │ │серия│ N │вых │ │ │ │ женской │ │ │ <\*> │

│ │фика- ├───┬─────┤ ├──┬───┤серти-├───┬─────┤ ├──┬───┤серти-│ │ │ │консультации│ │ │ │

│ │тов │ N │ дата│ │ с│по │фика- │ N │ дата│ │ с│по │фика- │ │ │ │ │ │ │ │

│ │ │ │ │ │ │ │тов │ │ │ │ │ │тов │ │ │ │ │ │ │ │

├───┼──────┼───┼─────┼─────┼──┼───┼──────┼───┼─────┼─────┼──┼───┼──────┼──────┼───┼────┼────────────┼───┼───┼───────┤

│ 1 │ 2 │ 3 │ 4 │ 5 │ 6│ 7 │ 8 │ 9 │ 10 │ 11 │12│ 13│ 14 │ 15 │ 16│ 17 │ 18 │ 19│ 20│ 21 │

├───┼──────┼───┼─────┼─────┼──┼───┼──────┼───┼─────┼─────┼──┼───┼──────┼──────┼───┼────┼────────────┼───┼───┼───────┤

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

├───┼──────┼───┼─────┼─────┼──┼───┼──────┼───┼─────┼─────┼──┼───┼──────┼──────┼───┼────┼────────────┼───┼───┼───────┤

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└───┴──────┴───┴─────┴─────┴──┴───┴──────┴───┴─────┴─────┴──┴───┴──────┴──────┴───┴────┴────────────┴───┴───┴───────┘

--------------------------------

<\*> Для бумажного носителя.

Приложение N 2

к Порядку обеспечения родовыми

сертификатами государственных

и муниципальных учреждений

здравоохранения, их учета

и хранения, утвержденному

Приказом Министерства

здравоохранения и социального

развития Российской Федерации

от 28 ноября 2005 г. N 701

 КНИГА

 УЧЕТА ПРИХОДА РОДОВЫХ СЕРТИФИКАТОВ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИЕЙ

От кого получены родовые сертификаты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование

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

 женской консультации)

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

 (ОГРН) (ИНН) (КПП)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  N п/п  | Отчет-заявка | Дата получения родовых сертифика-тов  |  Накладная на получение родовых сертификатов | Реквизиты родовых сертификатов  |  Количество  полученных  родовых сертификатов |  Остаток родовых  сертификатов от предыдущей партии | Общее количество  родовых  сертификатов (гр. 12 + гр. 13) |
| серия  |  N  |
|  N |  дата  |  N  | дата |  с  |  по  |
|  1  |  |  2  |  3  |  4  |  5  |  9  |  10  |  11  |  12  |  13  |  14  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение N 3

к Порядку обеспечения родовыми

сертификатами государственных

и муниципальных учреждений

здравоохранения, их учета

и хранения, утвержденному

Приказом Министерства

здравоохранения и социального

развития Российской Федерации

от 28 ноября 2005 г. N 701

 КНИГА

 УЧЕТА РАСПРЕДЕЛЕНИЯ РОДОВЫХ СЕРТИФИКАТОВ

 ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИЕЙ

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

 (наименование женской консультации) (ОГРН) (ИНН)

┌───┬────┬──────┬───────┬─────────────────┬───────────────────────┬─────────────────┬───────┬───────┬─────────────────────┐

│ N │Дата│Коли- │Коли- │Реквизиты родовых│ Получатель родовых │Реквизиты кореш- │Коли- │Подпись│ Лицо, ответственное │

│п/п│ │чество│чество │ сертификатов │ сертификатов (или │ков родовых сер- │чество │лица, │ за хранение родовых │

│ │ │родо- │выдан- │ │ лицо, сдающее │тификатов │воз- │получа-│ сертификатов и │

│ │ │вых │ных │ │ корешки) │ │вращен-│ющего │ корешков родовых │

│ │ │серти-│родо- ├──────┬──────────┼──────┬─────┬──────────┼──────┬──────────┤ных │бланки,│ сертификатов │

│ │ │фика- │вых │серия │ N │Ф.И.О.│долж-│заявка <\*>│серия │ N │кореш- │возвра-├──────┬─────────┬────┤

│ │ │тов в │серти- │ ├────┬─────┤ │ность├───┬──────┤ ├────┬─────┤ков │щающего│Ф.И.О.│должность│под-│

│ │ │нали- │фикатов│ │ с │ по │ │ │ N │ дата │ │ с │ по │родовых│корешки│ │ │пись│

│ │ │чии │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │серти- │родовых│ │ │ │

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │фикатов│серти- │ │ │ │

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │фикатов│ │ │ │

├───┼────┼──────┼───────┼──────┼────┼─────┼──────┼─────┼───┼──────┼──────┼────┼─────┼───────┼───────┼──────┼─────────┼────┤

│ 1 │ 2 │ 3 │ 4 │ 5 │ 6 │ 7 │ 8 │ 9 │10 │ 11 │ 12 │ 13 │ 14 │ 15 │ 16 │ 17 │ 18 │ 19 │

├───┼────┼──────┼───────┼──────┼────┼─────┼──────┼─────┼───┼──────┼──────┼────┼─────┼───────┼───────┼──────┼─────────┼────┤

│ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │ │

└───┴────┴──────┴───────┴──────┴────┴─────┴──────┴─────┴───┴──────┴──────┴────┴─────┴───────┴───────┴──────┴─────────┴────┘

--------------------------------

<\*> Для структурных подразделений женской консультации.

Приложение N 4

к Порядку обеспечения родовыми

сертификатами государственных

и муниципальных учреждений

здравоохранения, их учета

и хранения, утвержденному

Приказом Министерства

здравоохранения и социального

развития Российской Федерации

от 28 ноября 2005 г. N 701

 АКТ

 ОБ УНИЧТОЖЕНИИ КОРЕШКОВ РОДОВЫХ СЕРТИФИКАТОВ,

 СРОК ХРАНЕНИЯ КОТОРЫХ ИСТЕК

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (наименование женской консультации)

 В соответствии с п. 11 Порядка обеспечения родовыми

сертификатами государственных и муниципальных учреждений

здравоохранения, их учета и хранения комиссией в составе:

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

 (должность) (подпись) (Ф.И.О)

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

 (должность) (подпись) (Ф.И.О)

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

 (должность) (подпись) (Ф.И.О)

 произведено уничтожение корешков родовых сертификатов, срок

хранения которых истек.

 Перечень

 уничтоженных корешков родовых сертификатов

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п  | Дата  |  Серия  |  N  |  Количество  |
|  с  |  по  |
|  1  |  2  |  3  |  4  |  5  |  6  |
|  |  |  |  |  |  |

 Всего уничтожено путем сожжения \_\_\_\_\_\_\_\_ штук корешков родовых

сертификатов, срок хранения которых истек.

 Председатель комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

 Члены комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

 Печать

Приложение N 5

к Порядку обеспечения родовыми

сертификатами государственных

и муниципальных учреждений

здравоохранения, их учета

и хранения, утвержденному

Приказом Министерства

здравоохранения и социального

развития Российской Федерации

от 28 ноября 2005 г. N 701

 КНИГА

 УЧЕТА ИСПОРЧЕННЫХ, УТЕРЯННЫХ, ПОХИЩЕННЫХ

 РОДОВЫХ СЕРТИФИКАТОВ

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

 (наименование женской консультации) (ОГРН) (ИНН)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  N п/п | Дата | Ф.И.О. меди- цинс- кого работ- ника  | Количес-тво ро- довых серти- фикатов  |  Из них:  |
|  испорченных  | утерянных, похищенных |
| реквизиты | Коли- чество | реквизиты  | количество |
| серия |  N  | серия  |  N  |
|  1  |  2  |  3  |  4  |  5  |  6  |  7  |  8  |  9  |  10  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение N 6

к Порядку обеспечения родовыми

сертификатами государственных

и муниципальных учреждений

здравоохранения, их учета

и хранения, утвержденному

Приказом Министерства

здравоохранения и социального

развития Российской Федерации

от 28 ноября 2005 г. N 701

 АКТ

 ОБ УНИЧТОЖЕНИИ ИСПОРЧЕННЫХ РОДОВЫХ СЕРТИФИКАТОВ

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 наименование женской консультации ОГРН

 В соответствии с п. 12 Порядка обеспечения родовыми

сертификатами государственных и муниципальных учреждений

здравоохранения, их учета и хранения комиссией в составе:

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

 (должность) (подпись) (Ф.И.О)

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

 (должность) (подпись) (Ф.И.О)

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

 (должность) (подпись) (Ф.И.О)

 произведено уничтожение испорченных родовых сертификатов.

 Перечень

 уничтоженных родовых сертификатов:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N п/п  |  Серия  |  N  |
|  с  |  по  |
|  1  |  2  |  3  |  4  |
|  |  |  |  |

 Всего уничтожено путем сожжения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ штук испорченных

родовых сертификатов.

 Председатель комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

 Члены комиссии: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

 Печать

Приложение N 7

к Порядку обеспечения родовыми

сертификатами государственных

и муниципальных учреждений

здравоохранения, их учета

и хранения, утвержденному

Приказом Министерства

здравоохранения и социального

развития Российской Федерации

от 28 ноября 2005 г. N 701

 ОТЧЕТ-ЗАЯВКА

 НА ПОЛУЧЕНИЕ РОДОВЫХ СЕРТИФИКАТОВ ЖЕНСКОЙ

 КОНСУЛЬТАЦИЕЙ НА \_\_\_\_\_\_ КВАРТАЛ 20\_\_ Г.

 Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 (наименование женской консультации) (ОГРН) (ИНН)

Лицензия <\*> N \_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_ Срок действия с \_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  Количество родовых сертификатов  |
| остатокна на- чало отчет- ного периода | заказанона \_\_\_\_\_кв. 20\_\_ г. (отчет- ный пе- риод)  | получено в \_\_ кв. 20\_\_ г. (отчетномпериоде)  | израсходовано в \_\_\_\_ квартале 20\_\_ г.  | остатокна ко- нец от-четногопериода | заказанона \_\_\_\_\_ кв. 20\_\_ г.  |
| выдано | испор-чено  | утеря-но (похи-щено)  |
|  1  |  2  |  3  |  4  |  5  |  6  |  7  |  8  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Руководитель женской

консультации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

женской консультации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

Дата

Печать

--------------------------------

<\*> Лицензия на медицинскую деятельность в части осуществления работ и услуг по специальности "акушерство и гинекология".

Приложение N 8

к Порядку обеспечения родовыми

сертификатами государственных

и муниципальных учреждений

здравоохранения, их учета

и хранения, утвержденному

Приказом Министерства

здравоохранения и социального

развития Российской Федерации

от 28 ноября 2005 г. N 701

 ЗАЯВКА

 НА РОДОВЫЕ СЕРТИФИКАТЫ НА 20\_\_ Г.

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

 (наименование женской консультации, (ОГРН) (ИНН)

 регионального отделения Фонда)

 Просит обеспечить родовыми сертификатами на 20\_\_ год в

количестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ штук.

 (прописью)

|  |
| --- |
|  Количество родовых сертификатов  |
| заказанона предыду-щий год  | остаток на01.01.20\_\_ | потребность  на 20\_\_ г.  всего  |  в том числе по кварталам  |
|  I квартал |  II квартал |  III квартал |  IV квартал |
|  1  |  2  |  3  |  4  |  5  |  6  |  7  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Руководитель женской консультации

(регионального отделения Фонда) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер женской консультации

(регионального отделения Фонда) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

 Дата

 Печать