



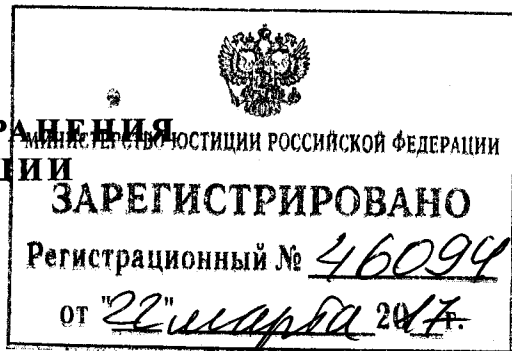
**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

(Минздрав России)

П Р И К А З

28 февраля 2017 г.

Москва



№ 834

**Об утверждении формы и срока предоставления
в Министерство здравоохранения Российской Федерации заявки высшего
исполнительного органа государственной власти субъекта Российской
Федерации о перечислении субсидии из федерального бюджета бюджету
субъекта Российской Федерации в целях софинансирования закупки
авиационной услуги для оказания медицинской помощи (скорой
специализированной медицинской помощи) с применением авиации
гражданам, проживающим в труднодоступных районах Российской Федерации**

В соответствии с пунктом 10 Правил предоставления субсидий на закупку авиационной услуги органами государственной власти субъектов Российской Федерации для оказания медицинской помощи с применением авиации, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 24 января 2017 г. № 60 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2017, № 5, ст. 806), п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить прилагаемую форму заявки высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации о перечислении субсидии из федерального бюджета бюджету субъекта Российской Федерации в целях софинансирования закупки авиационной услуги для оказания медицинской помощи (скорой специализированной медицинской помощи) с применением авиации гражданам, проживающим в труднодоступных районах Российской Федерации.

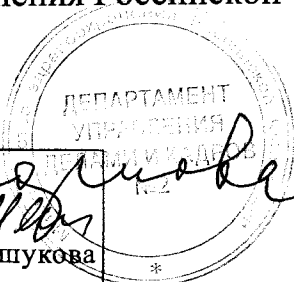
2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации И.Н. Каграманяна.

Министр **КОПИЯ ВЕРНА**

Начальник
Общего отдела

28 февраля 2017 г.

А.А. Шешукова



В.И. Скворцова

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «28» февраля 2017 г. № 834

Форма

Заявка *
о перечислении субсидии из федерального бюджета бюджету

(наименование субъекта Российской Федерации)

в целях софинансирования закупки авиационной услуги для оказания медицинской помощи (скорой специализированной медицинской помощи) с применением авиации гражданам, проживающим в труднодоступных районах Российской Федерации

| № п/п | Статья расходов | Стоимость 1 часа, руб. | Количество часов на расчетный период, часов | Итоговая стоимость на расчетный период, руб. |
|-------|--|------------------------|---|--|
| 1. | Дежурство воздушного судна (указать количество часов в сутки) в целях обеспечения вызова специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи (авиамедицинской) | | | |
| 2. | Летные часы | | | |
| 3. | Итого | | | |

(должность руководителя высшего исполнительного органа государственной власти субъекта Российской Федерации или уполномоченного должностного лица)

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

Дата « » _____ 201 г.

Исполнитель _____

(Ф.И.О.)

(телефон, электронная почта)

* Заявка предоставляется не позднее 31 октября года, предшествующего году предоставления субсидии.