

Форма, предназначенная для сбора административных данных "Структура расходов субъекта здравоохранения для расчета накладных расходов"*

наименование организации, регион

Представляется: Рабочий орган

Форма административных данных размещена на интернет-ресурсе:
<https://www.dsm.gov.kz>

Индекс: 18-СРДРНР

Периодичность: по мере необходимости

Круг лиц, представляющих информацию: Референтные субъекты здравоохранения

Срок представления формы: в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления

Специфика	Статьи расходов	План на предыдущий год	Факт за предыдущий год	Отклонен
I	2	3	4	5
II	РАСХОДЫ, всего:			
	в том числе:			
110	Заработная плата			
	в том числе: медицинского персонала			
	административно-хозяйственного персонала			
120	Взносы работодателей			
	в том числе: медицинского персонала			
	административно-хозяйственного персонала			
140	Приобретение запасов, всего			
141	Приобретение продуктов питания			
142	Приобретение лекарственных средств и			

	прочих медицинских изделий			
143	Приобретение, пошив и ремонт предметов вещевого имущества и другого форменного и специального обмундирования			
144	Приобретение топлива, горюче-смазочных материалов			
149	Приобретение прочих запасов			
150	Приобретение услуг и работ			
151	Оплата коммунальных услуг, в том числе:			
	электроэнергия			
	отопление			
	водоснабжение и канализация			
152	Оплата услуг связи			
153	Оплата транспортных услуг			
154	Оплата за аренду помещения			
159	Оплата прочих услуг и работ			
160	Другие текущие затраты			
161	Командировки и служебные разъезды внутри страны			
162	Командировки и служебные разъезды за пределы страны			
165	Исполнение исполнительных документов, судебных актов			
169	Прочие текущие затраты (штрафы, неустойка, комиссионные платежи,			

	вступительные взносы; государственная пошлина, налоги и другие обязательные платежи в бюджет, пеня и штрафы по ним (кроме социального налога)			
	Амортизационные расходы (расшифровать)			
	Капитальные расходы (расшифровать)			

Примечание:

* – согласно данным бухгалтерского учета и финансовой отчетности субъекта здравоохранения за исследуемый период.

Руководитель субъекта здравоохранения:

_____ (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Руководитель структурного подразделения субъекта здравоохранения: _____

_____ (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Ответственный исполнитель:

_____ (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)/подпись)

Телефон исполнителя: _____

Электронный адрес исполнителя: _____

Приложение к форме, предназначенной для сбора административных данных "Структура расходов субъекта здравоохранения для расчета накладных расходов"

Пояснение по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Структура расходов субъекта здравоохранения для расчета накладных расходов"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящее пояснение определяет единые требования по заполнению формы, предназначенной для сбора административных данных "Структура расходов субъекта здравоохранения для расчета накладных расходов" (далее – Форма);

2. Форма заполняется референтными субъектами здравоохранения и предоставляется в Рабочий орган;

3. Форма подписывается руководителем организации, выступающей субъектами здравоохранения, либо лицом, исполняющим его обязанности, с указанием его фамилии и инициалов;

4. Форма предоставляется в течение 10 рабочих дней со дня получения уведомления;

5. Форма заполняется на государственном и русском языках.

Глава 2. Заполнение формы

6. В графе 1 указывается код спецификации;

7. В графе 2 указывается наименование статей расходов;

8. В графах 3-4 указываются план и факт предыдущего года, тыс. тенге;

9. В графе 5 указывается отклонение между графами 3 и 4, тыс. тенге;