Документ предоставлен [КонсультантПлюс](http://www.consultant.ru)

**ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ**

**от 27 декабря 2013 г. N 1650-ПП**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ВОЗМЕЩЕНИЯ СТОИМОСТИ ЗАТРАТ**

**НА ПРОХОЖДЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ**

**НА НАЛИЧИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ, ТУБЕРКУЛЕЗА, СИФИЛИСА, ШАНКРОЙДА,**

**ХЛАМИДИЙНОЙ ЛИМФОГРАНУЛЕМЫ, ЛЕПРЫ, НАРКОЛОГИЧЕСКОГО**

**ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ УЧАСТНИКАМ ПРОГРАММЫ ПО ОКАЗАНИЮ**

**СОДЕЙСТВИЯ ДОБРОВОЛЬНОМУ ПЕРЕСЕЛЕНИЮ В СВЕРДЛОВСКУЮ ОБЛАСТЬ**

**СООТЕЧЕСТВЕННИКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ ЗА РУБЕЖОМ,**

**НА 2013 - 2020 ГОДЫ И ЧЛЕНАМ ИХ СЕМЕЙ**

В целях реализации Программы по оказанию содействия добровольному переселению в Свердловскую область соотечественников, проживающих за рубежом, на 2013 - 2020 годы, утвержденной Постановлением Правительства Свердловской области от 28.08.2013 N 1054-ПП "Об утверждении Программы по оказанию содействия добровольному переселению в Свердловскую область соотечественников, проживающих за рубежом, на 2013 - 2020 годы", Правительство Свердловской области постановляет:

1. Утвердить [Порядок](#Par34) возмещения стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования на наличие ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, шанкройда, хламидийной лимфогранулемы, лепры, наркологического освидетельствования участникам Программы по оказанию содействия добровольному переселению в Свердловскую область соотечественников, проживающих за рубежом, на 2013 - 2020 годы и членам их семей (прилагается).

2. Определить уполномоченным органом по осуществлению выплат из средств бюджета Свердловской области по возмещению стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования на наличие ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, шанкройда, хламидийной лимфогранулемы, лепры, наркологического освидетельствования участникам Программы по оказанию содействия добровольному переселению в Свердловскую область соотечественников, проживающих за рубежом, на 2013 - 2020 годы и членам их семей Министерство здравоохранения Свердловской области.

3. Контроль за исполнением настоящего Постановления возложить на Первого Заместителя Председателя Правительства Свердловской области В.А. Власова.

4. Настоящее Постановление опубликовать в "Областной газете".

Председатель Правительства

Свердловской области

Д.В.ПАСЛЕР

Утвержден

Постановлением Правительства

Свердловской области

от 27 декабря 2013 г. N 1650-ПП

**ПОРЯДОК**

**ВОЗМЕЩЕНИЯ СТОИМОСТИ ЗАТРАТ НА ПРОХОЖДЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО**

**МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ НА НАЛИЧИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ,**

**ТУБЕРКУЛЕЗА, СИФИЛИСА, ШАНКРОЙДА, ХЛАМИДИЙНОЙ**

**ЛИМФОГРАНУЛЕМЫ, ЛЕПРЫ, НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ**

**УЧАСТНИКАМ ПРОГРАММЫ ПО ОКАЗАНИЮ СОДЕЙСТВИЯ ДОБРОВОЛЬНОМУ**

**ПЕРЕСЕЛЕНИЮ В СВЕРДЛОВСКУЮ ОБЛАСТЬ СООТЕЧЕСТВЕННИКОВ,**

**ПРОЖИВАЮЩИХ ЗА РУБЕЖОМ, НА 2013 - 2020 ГОДЫ**

**И ЧЛЕНАМ ИХ СЕМЕЙ**

1. Настоящий Порядок устанавливает правила, условия и размер возмещения стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования на наличие ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, шанкройда, хламидийной лимфогранулемы, лепры, наркологического освидетельствования участникам Программы по оказанию содействия добровольному переселению в Свердловскую область соотечественников, проживающих за рубежом, на 2013 - 2020 годы, утвержденной Постановлением Правительства Свердловской области от 28.08.2013 N 1054-ПП "Об утверждении Программы по оказанию содействия добровольному переселению в Свердловскую область соотечественников, проживающих за рубежом, на 2013 - 2020 годы" (далее - Программа), и членам их семей.

2. В соответствии с Государственной программой по оказанию содействия добровольному переселению в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 22 июня 2006 года N 637 "О мерах по оказанию содействия добровольному переселению в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом" (далее - Государственная программа), участником Программы является участник Государственной программы, прибывающий на территорию Свердловской области.

В соответствии с Государственной программой членом семьи участника Программы является лицо, переселяющееся совместно с участником Программы на постоянное место жительства в Свердловскую область. К членам семьи участника Программы относятся:

1) супруга (супруг);

2) дети, в том числе усыновленные или находящиеся под опекой (попечительством);

3) дети супруги (супруга) участника Программы;

4) родители участника Программы и его супруги (супруга), родные сестры и братья участника Программы и его супруги (супруга);

5) дети родных сестер и братьев участника Программы и его супруги (супруга), в том числе усыновленные или находящиеся под опекой (попечительством), бабушки, дедушки, внуки.

3. Финансовое обеспечение расходных обязательств по возмещению стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования на наличие ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, шанкройда, хламидийной лимфогранулемы, лепры, наркологического освидетельствования (далее - возмещение стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования) участникам Программы и членам их семей осуществляется в пределах средств областного бюджета, предусмотренных на указанные цели в законе Свердловской области об областном бюджете на соответствующий финансовый год и плановый период.

Главным распорядителем средств областного бюджета, предусмотренных на возмещение стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования участникам Программы и членам их семей, является Министерство здравоохранения Свердловской области (далее - Министерство).

4. Получателями денежных средств в качестве возмещения стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования участниками Программы и членами их семей являются участники Программы.

5. Участники Программы и члены их семей имеют право на получение возмещения стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования на каждого в размере фактических затрат, но не более:

в 2013 году - 1800 рублей;

в 2014 году - 1890 рублей;

в 2015 году - 1984,50 рубля;

в 2016 году - 2081,70 рубля;

в 2017 году - 2181,65 рубля;

в 2018 году - 2284,20 рубля;

в 2019 году - 2384,70 рубля;

в 2020 году - 2484,87 рубля.

6. Для получения возмещения стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования участник Программы после прохождения медицинского освидетельствования представляет в медицинскую организацию, осуществляющую проведение медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства:

1) [заявление](#Par131) по форме согласно приложению к настоящему Порядку, с указанием реквизитов банковского счета, открытого участником Программы в банке или иной кредитной организации, на который будут перечислены денежные средства в качестве возмещения стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования участником Программы и членами его семьи (далее - заявление);

2) свидетельство участника Государственной программы по оказанию содействия в добровольном переселении в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом (далее - свидетельство участника Государственной программы), и его копию;

3) документы, удостоверяющие личность участника Программы и членов его семьи, указанных в свидетельстве участника Государственной программы, и их копии;

4) акты медицинского освидетельствования на отсутствие заболеваний, опасных для окружающих (ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, хламидийной лимфогранулемы, шанкройда, лепры и наркомании) участника Программы и членов его семьи и их копии;

5) договор на оказание платных медицинских услуг по проведению медицинского освидетельствования на наличие ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, шанкройда, хламидийной лимфогранулемы, лепры, наркологического освидетельствования участника Программы и членов его семьи;

6) документы, подтверждающие оплату участником Программы и (или) членами его семьи медицинского освидетельствования на наличие ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, шанкройда, хламидийной лимфогранулемы, лепры, наркологического освидетельствования (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)).

7. Руководитель медицинской организации, осуществляющей проведение медицинского освидетельствования иностранных граждан и лиц без гражданства (далее - медицинская организация), обеспечивает:

1) принятие и проверку документов, указанных в [пункте 6](#Par64) настоящего Порядка;

2) заверение копий документов, указанных в [подпунктах 2](#Par66), [3](#Par67) и [4 пункта 6](#Par68) настоящего Порядка;

3) оформление личного дела участника Программы - получателя возмещения стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования, в которое включаются документы, указанные в [подпунктах 1](#Par65), [5](#Par69) и [6 пункта 6](#Par70) настоящего Порядка и заверенные медицинской организацией копии документов, указанных в [подпунктах 2](#Par66), [3](#Par67) и [4 пункта 6](#Par68) настоящего Порядка;

4) формирование реестра участников Программы и членов их семей, имеющих право на получение возмещения стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования;

5) направление не менее двух раз в месяц, но не позднее 15 рабочих дней с момента принятия медицинской организацией документов, указанных в [пункте 6](#Par64) настоящего Порядка, в Министерство реестров участников Программы и членов их семей, имеющих право на получение возмещения стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования, с приложением личных дел.

8. Министерство на основании представленных согласно [подпунктам 3](#Par74) и [4 пункта 7](#Par75) настоящего Порядка документов в течение 15 рабочих дней принимает решение о возмещении либо об отказе в возмещении стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования участнику Программы и членам его семьи (далее - решение).

Решение оформляется приказом Министерства.

Решение доводится до сведения лица, обратившегося с заявлением, путем направления в течение 5 рабочих дней уведомления по адресу, указанному в заявлении.

9. Основаниями для отказа участнику Программы в возмещении стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования являются:

1) обращение с заявлением лица, не являющегося участником Программы;

2) наличие в представленных документах недостоверных сведений;

3) представление не всех документов, указанных в [пункте 6](#Par64) настоящего Порядка;

4) представление документов, оформленных ненадлежащим образом.

Документы, указанные в [пункте 6](#Par64) настоящего Порядка, считаются оформленными ненадлежащим образом в следующих случаях:

1) заявление не соответствует форме согласно [приложению](#Par131) к настоящему Порядку;

2) в заявлении отсутствует подпись участника Программы;

3) в акте медицинского освидетельствования на отсутствие заболеваний, опасных для окружающих (ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, хламидийной лимфогранулемы, шанкройда, лепры и наркомании) отсутствует дата, подпись врача, печать медицинской организации;

4) договор на оказание платных медицинских услуг по проведению медицинского освидетельствования на наличие ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, шанкройда, хламидийной лимфогранулемы, лепры, наркологического освидетельствования не соответствует нормам Гражданского кодекса Российской Федерации и (или) пункту 17 Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг, утвержденных Постановлением Правительства Российской Федерации от 04.10.2012 N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг";

5) в документах, подтверждающих оплату медицинского освидетельствования на наличие ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, шанкройда, хламидийной лимфогранулемы, лепры, наркологического освидетельствования (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности) не соблюдены требования, предъявляемые к бланкам строгой отчетности.

10. Решение Министерства об отказе в возмещении стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования может быть обжаловано в судебном порядке.

11. Министерство на основании приказа о возмещении стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования и документов, представленных согласно [пункту 6](#Par64) настоящего Порядка, в течение 5 рабочих дней с момента издания приказа о возмещении стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования осуществляет перечисление средств областного бюджета на банковский счет участника Программы, указанный в заявлении.

12. Министерство представляет отчетность о возмещении стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования по форме и в сроки, установленные Департаментом по труду и занятости населения Свердловской области.

13. Медицинские организации, Министерство несут ответственность за исполнение настоящего Порядка.

Форма Приложение

 к Порядку

 возмещения стоимости затрат

 на прохождение первичного

 медицинского освидетельствования

 на наличие ВИЧ-инфекции,

 туберкулеза, сифилиса, шанкройда,

 хламидийной лимфогранулемы, лепры,

 наркологического освидетельствования

 участникам Программы по оказанию

 содействия добровольному

 переселению в Свердловскую область

 соотечественников, проживающих

 за рубежом, на 2013 - 2020 годы

 и членам их семей

 Руководителю медицинской организации

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

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

 (Ф.И.О.)

 от участника Программы по оказанию

 содействия добровольному переселению

 в Свердловскую область

 соотечественников, проживающих

 за рубежом, на 2013 - 2020 годы

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

 (фамилия, имя, отчество полностью)

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

 (контактный телефон)

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 О ВОЗМЕЩЕНИИ СТОИМОСТИ ЗАТРАТ НА ПРОХОЖДЕНИЕ ПЕРВИЧНОГО

 МЕДИЦИНСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ НА НАЛИЧИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ,

 ТУБЕРКУЛЕЗА, СИФИЛИСА, ШАНКРОЙДА, ХЛАМИДИЙНОЙ

 ЛИМФОГРАНУЛЕМЫ, ЛЕПРЫ, НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЯ

 Прошу Вас возместить мне и членам моей семьи стоимость затрат на

прохождение первичного медицинского освидетельствования на наличие

ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, шанкройда, хламидийной лимфогранулемы,

лепры, наркологического освидетельствования в размере \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (числом)

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей.

 (прописью)

 Сведения об участнике Программы:

 1. Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2. Наименование документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ когда и кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 3. Свидетельство участника Государственной программы N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

когда и кем выдано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 4. Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 Сведения о членах семьи участника Программы:

 1.1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 1.2. Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 1.3. Наименование документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ когда и кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 1.4. Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 2.1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2.2. Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2.3. Наименование документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ когда и кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 2.4. Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 3.1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3.2. Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3.3. Наименование документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ когда и кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

 3.4. Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

К настоящему заявлению прилагаю:

1) копию свидетельства участника Государственной программы по оказанию содействия в добровольном переселении в Российскую Федерацию соотечественников, проживающих за рубежом - на \_\_\_\_ л.;

2) копии документов, удостоверяющих личность участника Программы и членов его семьи, указанных в свидетельстве участника Государственной программы, - на \_\_\_\_\_ л.;

3) копии актов медицинского освидетельствования на отсутствие заболеваний, опасных для окружающих (ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, хламидийной лимфогранулемы, шанкройда, лепры и наркомании), участника Программы и членов его семьи - на \_\_\_\_\_\_ л.;

4) договор на оказание платных медицинских услуг по проведению медицинского освидетельствования на наличие ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, шанкройда, хламидийной лимфогранулемы, лепры, наркологического освидетельствования участника Программы и членов его семьи - на \_\_\_\_\_ л.;

5) документы, подтверждающие оплату участником Программы и (или) членами его семьи медицинского освидетельствования на наличие ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, шанкройда, хламидийной лимфогранулемы, лепры, наркологического освидетельствования (контрольно-кассовый чек, квитанция или иной бланк строгой отчетности (документ установленного образца)) - на \_\_\_\_\_\_\_\_ л.

Денежные средства в качестве возмещения затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования прошу перечислить на банковский счет в кредитную организацию, реквизиты:

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

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

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

Уведомление о принятом решении о возмещении мне стоимости затрат на прохождение первичного медицинского освидетельствования на наличие ВИЧ-инфекции, туберкулеза, сифилиса, шанкройда, хламидийной лимфогранулемы, лепры, наркологического освидетельствования мною и членами моей семьи прошу направить по следующему адресу:

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

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

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

 (дата) (подпись заявителя)