УТВЕРЖДАЮ

Министр здравоохранения Республики Бурятия
(наименование должности лица, утверждающего документ; наименование органа,
Министерство здравоохранения Республики Бурятия
осуществляющего функции и полномочия учредителя (учреждения))

(подпись) В.В. Кожевников
(расшифровка подписи)

20 17 г.

СВЕДЕНИЯ
ОБ ОПЕРАЦИЯХ С ЦЕЛЕВЫМИ СУБСИДИЯМИ, ПРЕДОСТАВЛЕННЫМИ ГОСУДАРСТВЕННОМУ (МУНИЦИПАЛЬНОМУ) УЧРЕЖДЕНИЮ НА 20 17 Г.

		КОДЫ
	Форма по ОКУД	0501016
от "____" _____ 20__ г.	Дата	
Государственное (муниципальное) учреждение (подразделение) ГАУЗ "Республиканская стоматологическая поликлиника"	по ОКПО	02801558
ИНН/КПП 0323349582/032301001	Дата представления предыдущих Сведений	
Наименование бюджета республиканский бюджет	по ОКТМО	81000000
Наименование органа, осуществляющего функции и полномочия учредителя Министерство здравоохранения Республики Бурятия	Глава по БК	804
Наименование органа, осуществляющего ведение лицевого счета Управление Федерального казначейства по Республике Бурятия	по ОКПО	36311968
Единица измерения: руб. (с точностью до второго десятичного знака)	по ОКЕИ	383
(наименование иностранной валюты)	по ОКВ	

Остаток средств на начало года 0,00

Наименование субсидии	Код субсидии	Код по бюджетной классификации Российской Федерации	Код объекта ФАИП	Разрешенный к использованию остаток субсидии прошлых лет на начало 20 17 г.		Суммы возврата дебиторской задолженности прошлых лет		Планируемые	
				код	сумма	код	сумма	поступления	выплаты
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Субсидии автономным учреждениям на материально-техническое обеспечение деятельности государственных учреждений здравоохранения, оказывающих специализированную медицинскую помощь	804117010	80409025220710200622		-	-	-	-	15900000,00	15900000,00
			Всего			x			

Номер страницы 1
Всего страниц 1

Руководитель _____ Э.Б. Буянтуева
(подпись) (расшифровка подписи)

Руководитель финансово-экономической службы _____ Д.Д. Замбалов
(подпись) (расшифровка подписи)

Ответственный исполнитель _____ _____ Д.Д. Замбалов 8-301-2-437455
(должность) (подпись) (расшифровка подписи) (телефон)

"____" _____ 20 17 г.

ОТМЕТКА ОРГАНА, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩЕГО ВЕДЕНИЕ ЛИЦЕВОГО СЧЕТА, О ПРИНЯТИИ НАСТОЯЩИХ СВЕДЕНИЙ

Ответственный исполнитель _____ _____ _____ _____
(должность) (подпись) (расшифровка подписи) (телефон)

"____" _____ 20 17 г.