

Приложение № 3

к соглашению о предоставлении субсидии из областного бюджета
государственному бюджетному или автономному учреждению Самарской области в
соответствии с абзацем вторым пункта 1 статьи 78.1 Бюджетного кодекса
Российской Федерации в целях финансового обеспечения расходов, на
осуществление единовременных выплат стимулирующего характера медицинским и
иным работникам
от 06.09 2021 г. № 21-СТ / 645

ОТЧЕТ

об осуществлении расходов, источником финансового обеспечения которых является субсидия,
по состоянию на 01 октября 2021 года

Наименование получателя субсидии: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарской области
«Противотуберкулезный санаторий «Рачейка»

Наименование бюджета: областной бюджет

Наименование органа исполнительной власти –
главного распорядителя средств бюджета Самарской области: Министерство здравоохранения Самарской области

Наименование государственной программы:

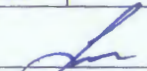
Наименование мероприятия государственной программы

Периодичность: квартальная

Единица изменения: рубль (с точностью до второго десятичного знака после запятой)

Направление расходования средств/КБК	Код целевых средств	Дебиторс кая задолжен ность на начало года	Остаток средств на начало отчетного периода	Поступило средств		Кассовый расход		Остаток средств на конец отчетного периода	Дебиторская задолженнос ть на конец года
				за квартал	с начала года	за квартал	с начала года		
Предоставление в 2021 году субсидий государственным бюджетным учреждениям, подведомственным министерству здравоохранения Самарской области, в целях финансового обеспечения расходов, на осуществление единовременных выплат стимулирующего характера медицинским и иным работникам государственных бюджетных учреждений, подведомственным министерству здравоохранения Самарской области / 708090990.9.00.61920 612	233.708.204	0	0	429646,00	429646,00	429646,00	429646,00	0	0

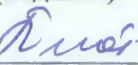
Руководитель учреждения
или уполномоченное лицо


(подпись)

С.В. Анцупова

(расшифровка подписи)

Главный бухгалтер
М.П.


(подпись)

М.С. Плотникова

(расшифровка подписи)

Ф.И.О. исполнителя (контактный телефон)

8(8464)930-6-91


(подпись)

Т.В. Гераськина

(расшифровка подписи)

Дата получения отчета учредителем «__» _____ 20__ г.