

**МИНИСТЕРСТВО ФИНАНСОВ
ТВЕРСКОЙ ОБЛАСТИ**

П Р И К А З

12.10.2017

№ 29-нп

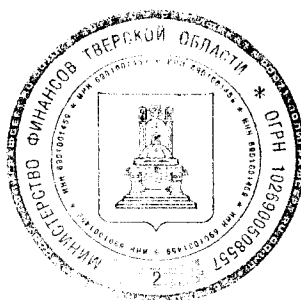
г. Тверь

**Об утверждении форм реестра
источников доходов областного
бюджета Тверской области и
реестра источников доходов
бюджета Территориального фонда
обязательного медицинского
страхования Тверской области**

В соответствии с пунктом 3 постановления Правительства Тверской области от 28.08.2017 № 274-пп «О реестрах источников доходов бюджетов» приказываю:

1. Утвердить форму реестра источников доходов областного бюджета Тверской области (приложение 1).
2. Утвердить форму реестра источников доходов бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тверской области (приложение 2).
3. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.
4. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

**Министр финансов
Тверской области**



И.А. Северина

Приложение 1
к приказу Министерства финансов
Тверской области
от 12.10.2017 № 29-нп

Реестр источников доходов
областного бюджета Тверской области

№ п/п	Код бюджетной классифика- ции Российской Федерации	Наименование кода бюджетной классификации Российской Федерации	Наименование главного администратора доходов областного бюджета Тверской области	Показатели прогноза доходов областного бюджета Тверской области		
				на 20__ г. (очеред- ной финан- совый год)	на 20__ г. (первый год планового периода)	на 20__ г. (второй год плано- вого периода)
1	2	3	4	5	6	7

Министр финансов
Тверской области

подпись

расшифровка подписи

«__» _____ 20__ г.

Приложение 2
к приказу Министерства финансов
Тверской области
от 12.10.2017 № 29-нп

Реестр источников доходов
бюджета Территориального фонда обязательного медицинского
страхования Тверской области

№ п/п	Код бюджетной классифика- ции Российской Федерации	Наименование кода бюджетной классификации Российской Федерации	Наименование главного администратора доходов бюджета Территориаль- ного фонда обязательного медицинского страхования Тверской области	Показатели прогноза доходов бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тверской области		
				на 20__ г. (очеред- ной финан- совый год)	на 20__ г. (первый год планового периода)	на 20__ г. (второй год плано- вого периода)
1	2	3	4	5	6	7

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Тверской области

подпись

расшифровка подписи

«__» _____ 20__ г.