|  |
| --- |
| Главному врачу  БУЗ ВО «Вологодский областной  психоневрологический диспансер №1»  Воронову В.А. |
| эл. почта: [490285](mailto:cherpnd1@gmail.com)@VOPND1.RU |
|  |
| *наименование организации* |

Заявка

Просим Вас заключить договор на проведение психиатрического освидетельствования (указать услугу согласно прейскуранту) на 20\_\_\_\_ год:

 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-психиатра в рамках **обязательного психиатрического освидетельствования** с целью получения заключения о пригодности к осуществлению отдельных видов деятельности (приказ 342н)  
 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-психиатра с целью получения заключения о наличии (отсутствии) заболеваний, при которых противопоказано **владение оружием**

 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-психиатра в рамках медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний целью получения заключения **к** исполнению обязанностей **частного охранника**   
 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-психиатра с целью получения заключения для водителей транспортных средств **(кандидатов в водители транспортных средств)**

 Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-психиатра

1. Реквизиты (в том числе ОКВЭД, электронную почту, номер телефона учреждения - указывать обязательно)
2. Тип договора:

 Договор на оказание медицинских услуг (общий)  
 Договор на оказание медицинских услуг (с суммой) количество чел.\_\_\_\_.

 Контракт на оказание медицинских услуг (по 223-ФЗ) количество чел.\_\_\_\_.  
 Контракт на оказание медицинских услуг (по 44-ФЗ) количество чел.\_\_\_\_.

Исполнитель:

должность

Ф.И.О. (полностью)

контактный телефон (обязательно)