

Главному врачу
БУЗ ВО «Вологодский областной
психоневрологический диспансер №1»
Воронову В.А.
эл. почта: 490285@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 (ОКВЭД - 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)