Приложение 1 к Методике   
осуществления экспертной   
оценки оптимальных   
технических характеристик и   
клинико-технического обоснования   
медицинских изделий

Форма

**Заявление для выдачи заключения по результатам проведения экспертной оценки оптимальных технических характеристик медицинской техники**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г. | | | |
| 1. Полное наименование организации здравоохранения (с указанием формы собственности) | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 2. Сведения о медицинской технике | | | | | | |
| Наименование медицинской техники | | | | |  | |
| Форма медицинской помощи, оказываемой организацией здравоохранения | | | | |  | |
| Причины приобретения (впервые, взамен старой и прочее) | | | | |  | |
| 3. Общие сведения организации здравоохранения | | | | | | |
| Фамилия, имя, отчество первого руководителя организации здравоохранения | | | | |  | |
| Фамилия, имя, отчество лица, ответственного за закуп медицинской техники | | | | |  | |
| Фактический адрес (почтовый адрес | | | | |  | |
| Юридический адрес | | | | |  | |
| Банковские реквизиты | | | | | ИИН (БИН): БИК: ИИК: Кбе 16 Банк: | |
| Рабочий телефон (главного врача и ответственного за закуп медицинской техники) | |  | | | Мобильный телефон лица, ответственного за закуп медицинской техники |  |
| Факс | |  | | | e-mail |  |
| Количество коек организации здравоохранения или количество прикрепленного населения (для поликлиник | |  | | | количество коек или количество посещений в смену по профилю медицинской техники |  |
| 4. Информация по планируемым медицинским услугам и комплектации запрашиваемой медицинской техники | | | | | | |
| № пп | Наименование медицинских услуг (планируемые оказывать на запрашиваемой медицинской технике) | | | Комплектация запрашиваемой медицинской техники (согласно информации о медицинской технике) | | |
| 1 |  | | |  | | |
| 2 |  | | |  | | |

Настоящим гарантирую и подтверждаю достоверность, полноту и содержание предоставленных документов и материалов.

Руководитель или лицо его замещающее \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность фамилия, имя, отчество (при его наличии), подпись)