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 16Банк: |
| 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)