Приложение 5 к Методике
осуществления экспертной
оценки оптимальных
технических характеристик и
клинико-технического обоснования
медицинских изделий

Форма

**Заявление для выдачи заключения по результатам проведения экспертной оценки клинико-технического обоснования приобретения медицинской техники по проектируемым и строящимся государственным объектам здравоохранения или проектам государственно-частных партнерств в здравоохранении**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 20 \_\_ г. |
| 1. Полное наименование объекта здравоохранения (с указанием формы собственности) |
|  |
| 2. Сведения о медицинской техники |
| Наименование медицинской техники |  |
| Форма медицинской помощи, оказываемой объектом здравоохранения |  |
| Планируемое место дислокации запрашиваемой медицинской техники (отделение или кабинет, гараж или территория – для передвижных медицинских комплексов) |  |
| Количество приобретаемой медицинской техники |  |
| 3. Общие сведения Заявителя |
|  Фамилия, имя, отчество первого руководителя  |  |
| 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 (руководителя и ответственного за закуп медицинской техники) |  | Мобильный телефон лица, ответственного за закуп медицинской техники |  |
| Факс |  | e-mail |  |
| Количество коек объекта здравоохранения или количество прикрепленного населения (для поликлиник)  |  | количество коек или количество посещений в смену по профилю медицинской техники |  |
| 4. Количество медицинских услуг, требуемых на одного пациента на запрашиваемой медицинской технике |
| № п/п | Наименование медицинских услуг (планируемых оказывать на запрашиваемой медицинской технике) | Требуемое количество медицинских услуг на одного пациента (в соответствии с установленной национальной практикой лечения, международными стандартами) |
| 1 |  |  |
| Итого: |  |
| № п/п | Наименование медицинских услуг |  Код тарифа | Планируемое количество медицинских услуг на запрашиваемой медицинской технике в год |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 5. Информация о необходимых специалистах для работы на запрашиваемой медицинской технике, согласно планируемому штатному расписанию |
| № п/п | Наименование специальности | Количество  |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |

      для линейных ускорителей и аппаратов брахитерапии необходимо указать информацию по следующим специалистам: физик, врач-радиолог, оператор (медицинская сестра отделения лучевой терапии), медицинский техник;

|  |
| --- |
| 6. Условия объекта здравоохранения для эксплуатации запрашиваемой медицинской техники |
| Параметры |  Планируемые условия, согласно проектно-сметной документации |
| Площадь помещения (м2) (отделение или кабинет) |  |
| Электроснабжение |  |
| Водоснабжение |  |
| Канализация |  |
| Вентиляция |  |
| Отопление |  |
| Другое |  |
| Особые параметры (при наличии) |  |

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)