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 16 Банк - | | |
| 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)