

**Требования к оформлению заявок по платным услугам для юридических лиц
(по безналичному расчету)**

Главному врачу
ОБУЗ «ОКПБ «Богородское»
И. Е. Вернидубу
от (наименование учреждения)
(ФИО руководителя)

Заявка.

Прошу Вас заключить договор, в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 20 мая 2022 г. №342н, по обязательному психиатрическому освидетельствованию работников нашего учреждения в количестве _____,

ФИО руководителя _____ подпись _____
МП _____

дата _____

реквизиты учреждения:

наименование _____

адрес, адрес электронной почты, контактный телефон _____

ОКВЭД _____

ИНН/КПП _____

р/с _____

где находится р/с _____

БИК _____

л/с _____

указать учредительные документы (например: Устав или доверенность)

контактные лица и доступные телефоны для связи _____

Требования к спискам.

Списки составляются в алфавитном порядке.

ФИО- указать полностью.

Дата рождения – указать полностью (например: 01.01.2012).

Должность

Адрес регистрации

Виды деятельности, при осуществлении которых проводится психиатрическое освидетельствование (в соответствии с Приложением №2 к Приказу Минздрава РФ от 20.05.2022 г. №342н).

Адрес регистрации.

Сообщаем, что зона обслуживания ОБУЗ «ОКПБ «Богородское» - г. Иваново + Ивановская область. Если работник из другой области, необходимо предоставить справку с места регистрации о том, что работник не состоит на учете у врача-психиатра либо, не включать его в список.

Обращаем Ваше внимание, что работники могут быть приняты ТОЛЬКО при предоставлении надлежаще оформленного направления на обязательное психиатрическое освидетельствование. С образцом направления Вы можете ознакомиться на нашем сайте.

Оформленную заявку необходимо направить по факсу 8-(4932)-33-69-56 или электронной почте rbbogorodskoe@ivreg.ru, либо почтовым отправлением по адресу: 153506, Ивановская обл., Ивановский р-н, с. Богородское, ул. Б. Клинецкая, д.2а.

Информируем, что заявки, направленные на иные адреса электронной почты- не рассматриваются.

Главному врачу
ОБУЗ «ОКПБ «Богородское»
И. Е. Вернидубу
от
(наименование учреждения)
(ФИО руководителя)

Заявка.

Прошу Вас заключить договор, в соответствии с Приказом Минздрава России от 28.01.2021г №29н «Об утверждении порядка проведения обязательных и периодических осмотров работников...». , по медицинским осмотрам (предварительным, периодическим) - освидетельствование врачом-психиатром работников нашего учреждения в количестве_____, в т. ч. работников с допуском к вождению_____, работников с допуском к оружию_____.

ФИО руководителя
МП

подпись

дата_____

реквизиты учреждения:

наименование_____

адрес_____

ИНН/КПП _____

р/с _____

где находится р/с_____

БИК_____

л/с_____

указать учредительные документы (например: Устав или доверенность)

контактные лица и доступные телефоны для связи_____

Требования к спискам.

Списки составляются в алфавитном порядке.

ФИО- указать полностью.

Дата рождения – указать полностью (например: 01.01.2012).

Должность.

Фактор вредности в соответствии с Приказом Минздрава России от 28.01.2021г №29н «Об утверждении порядка проведения обязательных и периодических осмотров работников...».

Адрес регистрации.

Сообщаем, что зона обслуживания ОБУЗ «ОКПБ «Богородское» -г.Иваново+Ивановская область. Если работник из другой области, необходимо предоставить справку с места регистрации о том, что работник не состоит на учете у врача-психиатра, либо не включать его в список.

Оформленную заявку необходимо направить по факсу 8-(4932)-33-69-56 или электронной почте rbbogorodskoe@ivreg.ru , либо почтовым отправлением по адресу: 153506, Ивановская обл., Ивановский р-н, с. Богородское, ул. Б. Клинецкая, д.2а.

Информируем, что заявки, направленные на иные адреса электронной почты- не рассматриваются.