

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 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 _____ подпись _____
МП _____
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.

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 pbbogorodskoe@ivreg.ru , либо почтовым отправлением по адресу: Ивановская обл., Ивановский р-н, с. Богородское, ул. Б. Клинецкая, д.2а, 3 этаж.

Обращаем Ваше внимание, 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 Постановлением Правительства РФ от 23 сентября 2002 г. N 695, по психиатрическому освидетельствованию работников нашего учреждения в количестве _____, в т. ч. работников с допуском к вождению _____, работников с допуском к оружию _____.

ФИО руководителя _____ подпись _____
МП _____
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.

Опасные и вредные вещества и производственные факторы, проводимые работы в соответствии с Постановлением Совета Министров- Правительства РФ от 28.04.1993 №377.

Адрес регистрации.

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 pbbogorodskoe@ivreg.ru , либо почтовым отправлением по адресу: Ивановская обл., Ивановский р-н, с. Богородское, ул. Б. Клинецкая, д.2а, 3 этаж.

Обращаем Ваше внимание, что заявки, направленные на иные адреса электронной почты- не рассматриваются.