

ОБРАЗЕЦ

Главному врачу
БУЗ ВО «Вологодский областной
психоневрологический диспансер №1»
Воронову В.А. (эл.Почта: 490285@VOPND1.RU)
От

наименование организации

Заявка

Просим Вас заключить договор на проведение психиатрического освидетельствования работников, согласно Приказа Министерства здравоохранения РФ № 342н от 20.05.2022года, на 20 ____ год.

1. Указать вид услуги согласно прейскуранту.
2. Реквизиты (ОКВЭД - указывать обязательно)
3. Список работников
4. Тип договора:
 - Договор на оказание медицинских услуг (общий)
 - Договор на оказание медицинских услуг (с суммой)
 - Договор на оказание медицинских услуг (по 223-ФЗ)
 - Контракт на оказание медицинских услуг (по 44-ФЗ)

Исполнитель:

должность
Ф.И.О. (полностью)
контактный телефон (обязательно)