Приложение 1

к Порядку централизованного

обеспечения медицинскими

бланками медицинских

организаций независимо от их

организационно-правовой формы

Штамп учреждения

Директору СПб ГБУЗ МИАЦ

Орлову Г.М.

ЗАЯВКА

Просим Вас рассмотреть заявку и присвоить уникальный диапазон номеров

для изготовления медицинских бланков:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N | Наименование | Коли-  чество, шт. | Уникальный  диапазон номеров (присваивается  в СПб ГБУЗ МИАЦ) |
| 1 | «Медицинское заключение о наличии (об отсутствии) у водителей транспортных средств (кандидатов в водители транспортных средств) медицинских противопоказаний, медицинских показаний или медицинских ограничений к управлению транспортными средствами», Ф.№ 003- В/у |  |  |
| 2 | "Медицинское заключение об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием" Ф.002-О/у |  |  |
| 3 | «Медицинское заключение о наличии (об отсутствии) инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих и являющихся основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации» |  |  |
| 4. | «Медицинское заключение о наличии (об отсутствии) заболевания наркоманией являющегося основанием для отказа в выдаче либо аннулирования разрешения на временное проживание иностранных граждан и лиц без гражданства, или вида на жительство, или патента, или разрешения на работу в Российской Федерации» |  |  |

Реквизиты:

Название организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Т/ф: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Лицензия N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, срок действия лицензии с \_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. контактного лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Телефон раб. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Телефон моб. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(подпись) (Ф.И.О. руководителя учреждения)

М.П.