**Договор**

**на оказание медицинских услуг № \_\_\_\_\_**

г. Симферополь «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 г.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Крымский Научно-практический центр наркологии» (сокращенное наименование ГБУЗ РК «КНПЦН»)**, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице главного врача Менчика Евгения Юрьевича, действующего на основании Устава, с одной стороны и **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** именуемое в дальнейшем **«Заказчик»**, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны, именуемые при совместном упоминании «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. **Определения**
   1. **Если иное не установлено в настоящем Договоре, определения, используемые в настоящем Договоре, будут иметь значения, как указано ниже:**

**«потребитель»** - физическое лицо, имеющее намерение получить либо получающее платные медицинские услуги лично в соответствии с договором. Потребитель, получающий платные медицинские услуги, является пациентом, на которого распространяется действие Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

**«пациент»** - физическое лицо, которому оказывается медицинская помощь или которое обратилось за оказанием медицинской помощи независимо от наличия у него заболевания;

**«заказчик»** – физическое (юридическое) лицо, имеющее намерение заказать (приобрести), либо заказывающее (приобретающее) платные медицинские услуги в соответствии с договором в пользу потребителя;

**«исполнитель»** - медицинская организация, предоставляющая платные медицинские услуги потребителям;

**«простая медицинская услуга»** - элементарная, неделимая услуга, как один элемент профилактики, диагностики или лечения;

**«сложная медицинская услуга»** - набор простых медицинских услуг, которые требуют для своей реализации определенного состава персонала, комплексного технического оснащения, специальных помещений и т.д.;

**«комплексная медицинская услуга»** - набор сложных и (или) простых медицинских услуг, заканчивающихся либо проведением профилактики, либо установлением диагноза, либо окончанием проведения определенного этапа лечения набор сложных услуг.

1. **Предмет Договора.**
   1. По настоящему Договору Исполнитель **на безвозмездной основе** оказывает Заказчику в пользу Потребителя **медицинские услуги** по своему профилю деятельности. Количество и наименование услуг определяется спецификацией (Приложение № 1 к Договору).
   2. Исполнитель оказывает медицинские услуги на основании лицензии № Л041-01177-91/00554727 от 05.10.2020 года
   3. Медицинские услуги предоставляются в соответствии со стандартами медицинской помощи и порядками оказания медицинской помощи, утвержденными в установленном законодательством порядке.
   4. Медицинские услуги оказываются по адресу: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в соответствии с режимом работы Исполнителя.
   5. Срок предоставления медицинских услуг - с момента подписания настоящего Договора и по **«31» декабря 2023г**.
   6. Консультации оказываются врачами психиатрами-наркологами (врачами-консультантами, медицинскими психологами) Исполнителя по адресу места нахождения Заказчика или его обособленного структурного подразделения.
   7. Консультации оказываются на основании заявки Заказчика в рабочие дни Исполнителя с 13-00 до 19-00 часов (формат времени 24 часа).
   8. Заявка на проведение консультации оформляется путем направления Заказчиком телефонограммы (образец Приложение № 2 к Договору) в адрес Исполнителя на телефонный номер **(3652) 25-80-76** (регистратура). В телефонограмме указывается наименование Заказчика, адрес по которому необходимо оказать консультацию, наименование отделения, в которое необходимо прибыть, номер палаты, Ф.И.О. пациента, Ф.И.О. и контактный номер телефона врача, вызвавшего на консультацию, информацию о лице подписавшим телефонограмму: должность, Ф.И.О., номер телефона, Ф.И.О., должность, номер телефона, лица передавшего телефонограмму. Телефонограммы регистрируются в журнале регистрации телефонограмм Исполнителя.
   9. Сроки оказания консультации: если заявка поступила до 12-00 часов, консультация оказывается до 19-00 часов этого же дня; если заявка поступила после 12-00 часов, консультация оказывается в течение следующего рабочего дня от дня поступления заявки.
   10. Учет проведенных консультаций ведется в Ведомости учета оказания услуг врачом психиатром-наркологом (врачами-консультантами, медицинскими психологами) (Образец - Приложение № 3 к Договору). Ведомость заполняется в двух экземплярах (один для Заказчика, второй для Исполнителя) ответственным лицом **Заказчика** и подписывается врачом-консультантом Исполнителя и ответственным лицом Заказчика.
2. **Права и обязанности Сторон**
   1. **Исполнитель обязуется:**
      1. Оказать Заказчику в пользу Потребителя медицинские услуги в соответствии со Спецификацией (Приложения № 1), которое является неотъемлемой частью настоящего Договора.
      2. Оказывать медицинские услуги качественно, с использованием современных методов диагностики, в полном объеме в соответствии с настоящим Договором.
      3. Обеспечить участие квалифицированного медицинского персонала для предоставления медицинских услуг по настоящему Договору.
      4. Вести всю необходимую медицинскую документацию, в установленном действующим законодательством Российской Федерации порядке.
      5. Немедленно извещать Заказчика о невозможности оказания необходимых медицинских услуг по настоящему Договору, либо о возникших обстоятельствах, которые могут привести к сокращению оказания медицинских услуг.
      6. Предоставить Потребителю (Заказчику) достоверную, доступную информацию о предоставляемых услугах.
      7. После оказания медицинской услуги выдать потребителю соответствующий медицинский документ.
      8. Исполнитель имеет право отказать в оказании  медицинской услуги в случае отказа Потребителя (законного представителя потребителя) подписать информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.
   2. **Заказчик обязуется:**
      1. Предоставить Исполнителю список Потребителей, с указанием фамилии, имени отчества, года рождения и адреса места жительства (регистрации) Потребителя на бумажном носителе и электронном носителе в файле с поддержкой форматов файлов, поддерживаемых в MS Excel. Ознакомить всех Потребителей с условиями настоящего Договора.
      2. В тех случаях, когда для оказания медицинской услуги необходимо личное присутствие Потребителя, обеспечить явку Потребителей к Исполнителю для оказания медицинской услуги согласно, предоставленного списка, при этом, Потребители должны иметь при себе паспорт, заявление согласно Приложения №2 к Договору.
      3. «Потребитель» обязан сообщить врачу, до начала оказания медицинской услуги полные сведения о состоянии своего здоровья, перенесенных и наследственных заболеваниях, противопоказаниях, профессиональных вредностях, вредных привычках (курение, употребление алкоголя, наркотиков, токсических веществ), переносимости лекарственных средств, аллергических проявлениях, эпидемиологических данных.
      4. «Заказчик» подтверждает, что ознакомил потребителей с «Правилами оказания медицинских услуг» в «ГБУЗ РК «Крымский Научно-практический центр наркологии», с дополнительной информацией, касающейся особенностей данной медицинской услуги и условий ее предоставления, до начала оказания медицинской услуги. Размещены на официальном сайте Исполнителя: **http://knpcn.ru/**.).
      5. При заключении Договора Заказчик подтверждает, что Потребителю предоставлена в доступной форме информация о том, что услуга оказывается в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также информация (предоставляемая по требованию Потребителя) о платных медицинских услугах, содержащая следующие сведения:
         1. информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи;
   3. В случае если при предоставлении медицинских услуг потребуется предоставление дополнительных медицинских услуг по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни потребителя при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострениях хронических заболеваний, такие медицинские услуги оказываются без взимания платы в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. **Ответственность сторон.**
   1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору, Стороны несут ответственность в порядке, предусмотренном действующим законодательством Российской Федерации.
   2. Вред, причиненный жизни или здоровью Потребителя в результате предоставления некачественной платной медицинской услуги, подлежит возмещению Исполнителем в соответствии с законодательством Российской Федерации.
   3. Исполнитель не несет ответственности за оказание медицинских услуг в неполном либо меньшем объеме, чем предусмотрено настоящим Договором, в случаях предоставления Потребителем неполной информации о своем здоровье.
   4. Учреждение освобождается от ответственности за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по Договору, если неисполнение или ненадлежащее исполнение им своих обязательств произошло вследствие обстоятельств непреодолимой силы, нарушения Потребителем (Заказчиком) условий настоящего Договора, несоблюдения Потребителем правомерных указаний и требований исполнителя платных медицинских и иных услуг, обеспечивающих их своевременное и качественное оказание, а также по иным основаниям, предусмотренным законодательством Российской Федерации.
4. **Порядок разрешения споров.**
   1. Стороны признают, что все возможные претензии по данному Договору должны быть рассмотрены Сторонами в течении 30 (тридцати) календарных дней с момента получения претензии.
   2. Стороны признают обязательный досудебный (претензионный) порядок урегулирования спора.
   3. В случае невозможности разрешения разногласий путем переговоров они подлежат рассмотрению в судебном порядке, согласно порядка, установленного действующим законодательством Российской Федерации.
5. **Форс-мажор.**
   1. К форс-мажорным обстоятельствам относятся: обстоятельства непреодолимой силы или события чрезвычайного характера, такие как война, пожар, паводок, землетрясение, тяжелые метеорологические условия, которые могут стать причиной ненадлежащего выполнение своих обязательств Исполнителем.
   2. Сторона, которая ссылается на форс-мажорные обстоятельства обязана известить, вторую сторону договора в течение двух дней, с момента наступления указанных выше обстоятельств.
6. **Заключительные положения.**
   1. Любая договоренность между Сторонами, влекущая за собой новые обязательства, которые не вытекают из настоящего Договора, должна быть подтверждена Сторонами в форме дополнительных соглашений к настоящему Договору. Все изменения и дополнения к Договору считаются действительными, если они оформлены в письменном виде и подписаны надлежащими уполномоченными представителями Сторон.
   2. Договор на оказание медицинских услуг заключён в 2-х экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой Стороны.
   3. Каждая из сторон обязуется обеспечить строгую конфиденциальность информации, полученной от другой стороны в связи с Настоящим договором и деловыми отношениями между ними. Передача информации третьим лицами не допускается.
   4. Заказчик обязан получить согласие от Потребителей, на обработку Исполнителем их личных персональных данных, полученных в связи с исполнением настоящего Договора в объеме и целях предусмотренных условиями Договора. Также, Заказчик обязан уведомить Потребителей о внесении их персональных данных в соответствующие базы персональных данных, собственником которых является Исполнитель, а также о своих правах как владельцев персональных данных, предусмотренных Законом.
   5. Стороны предоставляют друг другу разрешение на сбор и обработку персональных данных. Стороны соглашаются, что при реализации этого Договора они обрабатывают персональные данные другой Стороны (собирают, анализируют, сохраняют и используют исключительно с целью выполнения этого Договора на протяжении срока его действия и срока, предусмотренного законодательством для хранения документов, в которых указаны такие данные, без права передачи таких данных третьим лицам).
   6. Каждая из Сторон самостоятельно несет ответственность за соблюдением требований законодательства Российской Федерации относительно защиты персональных данных в соответствии с Конституцией Российской Федерации и Законом Российской Федерации «О персональных данных» от 27.07.2006 № 152-ФЗ.
   7. Полученные при исполнении сторонами данного Договора информацию и документы Исполнитель и Заказчик вправе использовать для целей, предусмотренных положениями Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
7. **Антикоррупционная оговорка.**
   1. При исполнении своих обязательств по настоящему Договору, Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не выплачивают, не предлагают выплатить и не разрешают выплату каких-либо денежных средств или ценностей, прямо или косвенно, любым лицам, для оказания влияния на действия или решения этих лиц с целью получить какие-либо неправомерные преимущества или иные неправомерные цели.
   2. При исполнении своих обязательств по настоящему Договору, Стороны, их аффилированные лица, работники или посредники не осуществляют действия, квалифицируемые применимым для целей настоящего Договора законодательством, как дача / получение взятки, коммерческий подкуп, а также действия, нарушающие требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем.
   3. В случае возникновения у Стороны подозрений, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящего раздела Договора, соответствующая Сторона обязуется уведомить другую Сторону в письменной форме. После письменного уведомления, соответствующая Сторона имеет право приостановить исполнение обязательств по настоящему Договору до получения подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет.Это подтверждение должно быть направлено в течение десяти рабочих дней с даты направления письменного уведомления.
   4. В письменном уведомлении Сторона обязана сослаться на факты или предоставить материалы, достоверно подтверждающие или дающие основание предполагать, что произошло или может произойти нарушение каких-либо положений настоящего раздела Договора контрагентом, его аффилированными лицами, работниками или посредниками выражающееся в действиях, квалифицируемых применимым законодательством, как дача или получение взятки, коммерческий подкуп, а также действиях, нарушающих требования применимого законодательства и международных актов о противодействии легализации доходов, полученных преступным путем.
   5. В случае нарушения одной Стороной обязательств воздерживаться от запрещенных настоящем разделе Договора действий и/или неполучения другой Стороной в установленный настоящим договором срок подтверждения, что нарушения не произошло или не произойдет, другая Сторона имеет право расторгнуть договор в одностороннем порядке полностью или в части, направив письменное уведомление о расторжении. Сторона, по чьей инициативе был расторгнут настоящий Договор в соответствии с положениями настоящего раздела, вправе требовать возмещения реального ущерба, возникшего в результате такого расторжения.
8. **Срок действия и порядок расторжения Договора.**
   1. Договор вступает в силу с момента его подписания сторонами и действует **бессрочно**, а в части исполнения обязательств – до полного их исполнения Сторонами.
   2. Договор может быть расторгнут по соглашению Сторон или по требованию одной из Сторон. В случае расторжения Договора по требованию одной из Сторон, Сторона, явившаяся инициатором расторжения, предупреждает другую Сторону не менее, чем за месяц до предполагаемой даты расторжения.
   3. Настоящий Договор может быть расторгнут в одностороннем порядке в случае систематического или существенного нарушения его условий одной из Сторон. Сторона – инициатор расторжения, письменно уведомляет об этом другую сторону за 30 календарных дней до даты предстоящего расторжения. Договор считается расторгнутым с момента истечения указанного срока.
   4. В случае отказа Потребителя после заключения Договора от получения платных медицинских услуг Договор расторгается.
   5. В случае расторжения Договора по инициативе Заказчика (в том числе – в случае отказа Потребителя от получения услуг), он оплачивает Исполнителю фактически понесенные Исполнителем расходы, связанные с исполнением обязательств по Договору.
   6. В случае невозможности исполнения Договора по вине Заказчика (Потребителя), услуги подлежат оплате в полном объеме.
   7. В случае, когда невозможность исполнения возникла по обстоятельствам, за которые ни одна из сторон не отвечает, Заказчик возмещает Исполнителю фактически понесенные им расходы.
   8. Исполнитель вправе отказаться от исполнения обязательств по Договору лишь при условии полного возмещения Заказчику убытков.
   9. Приложения к настоящему Договору:

- Приложение № 1 – Спецификация.

- Приложение № 2 – Образец телефонограммы на услуги врача-консультанта

- Приложение № 3 – образец Ведомости учета консультаций.

**10. Юридические адреса, банковские реквизиты и подписи Сторон**

|  |  |
| --- | --- |
| **Исполнитель** | **Заказчик** |
| **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Крымский Научно-практический центр наркологии»**  Юридический адрес: 295034, г. Симферополь, ул. Февральская, 13,  тел. приемная 8 (3652) 255-283  бухгалтерия 8 (3652)  ОКПО 00809598; ИНН 9102065684;  КПП 910201001; ОГРН 1149102174671  Свидетельство о государственной регистрации юридического лица серии 91 № 000020756, выданное ИФНС России по г.Симферополю 31.12.2014г.  л/с 20756Щ99180  Банк получателя:  ОТДЕЛЕНИЕ РЕСПУБЛИКА КРЫМ БАНКА РОССИИ//УФК по Республике Крым  г. Симферополь  БИК – 013510002  КБК – 00000000000000000130  Единый казначейский счет – 40102810645370000035  Казначейский счет - 03224643350000007500  ОКТМО – 35701000 | Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Контактное лицо : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Тел.:  ОКПО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  КПП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ОГРН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  р/счет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  л/сч\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  БИК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  КБК\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  КТМО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Главный врач**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Е.Ю.Менчик** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Приложение № 1  к Договору на оказание медицинских услуг  № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от « » 2023г.  СПЕЦИФИКАЦИЯ   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | № п/п | Наименование услуги | Ед. изм. | Кол-  во | | 1 |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  |   Место оказание услуг: по месту нахождения Исполнителя.   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | «Исполнитель»  Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Республики Крым «Крымский Научно-практический центр наркологии» | «Заказчик» |  |  | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е.Ю.Менчик  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г*.*  М.П. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ф.И.О.  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г*.*  М.П. |  |  | |  |

**Приложение № 2**

**к Договору на оказание медицинских услуг**

**№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 г.**

**ТИПОВАЯ ФОРМА ТЕЛЕФОНОГРАММЫ НА ОКАЗАНИЕ УСЛУГ ВРАЧА-КОНСУЛЬТАНТА**

***ТЕЛЕФОНОГРАММА***

**Главному врачу**

**ГБУЗ РК «КНПЦН»**

**Менчику Е.Ю.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование медицинской организации)*

Просит оказать медицинскую услугу: консультация врача психиатра-нарколога или медицинского психолога в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отделении, плата № \_\_\_\_\_, пациенту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(наименование отделения) (Ф.И.О. пациента)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(Ф.И.О. врача, вызвавшего на консультацию, контактный номер телефона*

Телефонограмму подписал:

Должность, Ф.И.О.

Телефонограмму передал:

Должность, Ф.И.О., номер телефона, дата, время.

Телефонограмму принял

Должность, Ф.И.О,, номер телефона, дата, время.

**Приложение № 3**

**к Договору на оказание медицинских услуг**

**№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2023 г.**

**ОБРАЗЕЦ ВЕДОМОСТИ ОКАЗАНИЯ УСЛУГ ВРАЧЕЙ-КОНСУЛЬТАНТОВ**

**ВЕДОМОСТЬ\***

**Оказания консультационных услуг врачом психиатром-наркологом ГБУЗ РК «КНПЦН»**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(Ф.И.О. врача психиатра-нарколога***)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование медицинской организации  (Заказчика) | Наименование отделения, в котором проводиться консультация | Ф.И.О. врача, вызвавшего на консультацию | Дата проведения консультации | Срок оказания услуги (в часах) | Подпись врача-консультанта | Подпись врача, вызвавшего на консультацию |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

***\*Ведомость заполняется в двух экземплярах***