**ОБРАЗЕЦ**

Главному врачу

БУЗ ВО «Вологодский областной

психоневрологический диспансер №1»

Воронову В.А. (эл. почта: [490285](mailto:cherpnd1@gmail.com)@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.

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)  
 Договор на оказание медицинских услуг (по 44-ФЗ)

Исполнитель:

должность

Ф.И.О. (полностью)

контактный телефон (обязательно)