

Для заключения договора с юридическими лицами по безналичному расчету необходимо:

1. Составить заявку (образец в приложении № 1), выслать её на электронный адрес udalova@vopb35.ru и связаться с начальником отдела платных услуг Удаловой Еленой Вениаминовной по тел.55-25-74.
2. Составить список сотрудников в алфавитном порядке (образец в приложении № 2), выслать на электронный адрес начальника отдела платных услуг udalova@vopb35.ru (в файлах WORD или EXCEL)
 - Сотрудники, которые прописаны не в г.Вологде и Вологодском районе, должны представлять на медицинскую комиссию справки от врача-психиатра или ответственного за психиатрическую помощь из ЦРБ, Череповецкого, Велико-Устюгского психоневрологических диспансеров по месту основной регистрации о том, что у врача-психиатра не наблюдаются и за специализированной помощью не обращались.
 - Сотрудники зарегистрированные на другой территории РФ, данную справку должны предоставить с места прописки. Без указанных справок проведение Комиссионное психиатрическое освидетельствование не может быть проведено.
 - Список сотрудников, подтвердивших личной подписью добровольное согласие на проведение Комиссионного психиатрического освидетельствования и ЭЭГ (образец в приложении № 3).
3. После подписания договора с обеих сторон связаться с начальником отдела платных услуг Удаловой Еленой Вениаминовной по тел. 55-25-74 или 8-900-501-01-89.

Для прохождения Комиссионного психиатрического освидетельствования для поступления на работу, либо для прохождения обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности в соответствии с Постановлением правительства РФ № 695 от 23.09.2002г. необходимо направление от организации (образец в приложении № 4).

Приложение № 1

Угловой штамп организации

Главному врачу
БУЗ ВО «ВОПБ»
О.И.Фалалеевой

Заявка

Просим Вас провести работникам наименование организации Комиссионное психиатрическое освидетельствование в количестве _____, ЭЭГ в количестве _____, в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 23.09.2002г. № 695.

Реквизиты организации для заключения договора, контактные номера телефонов.

Приложение № 2

Список работников *наименование организации*, подлежащих прохождению обязательного психиатрического освидетельствования в 201_ году согласно Постановлению Правительства РФ №695 от 23.09.2002г. «О прохождении обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности».

№ п/п	ФИО полностью	Дата рождения	Адрес по прописке	Должность	Вредный производственный фактор *	ЭЭГ
-------	---------------	---------------	-------------------	-----------	-----------------------------------	-----

- Постановление Совета Министров - Правительства РФ от 28 апреля 1993 г. N 377 "О реализации Закона Российской Федерации "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании".(здесь также указаны категории работ, при которых необходимо проведение Электроэнцефалограммы (ЭЭГ))

Приложение № 3

Список работников *наименование организации*, подлежащих прохождению обязательного психиатрического освидетельствования в 201_ году согласно Постановлению Правительства РФ №695 от 23.09.2002г. «О прохождении обязательного психиатрического освидетельствования работниками, осуществляющими отдельные виды деятельности, в том числе деятельность, связанную с источниками повышенной опасности».

№ п/п	ФИО полностью	Личная подпись сотрудников
-------	---------------	----------------------------

За наличный (безналичный) расчет (нужное подчеркнуть)

Приложение № 4

Наименование организации
полностью

Направление на _____ (комиссионное психиатрическое
освидетельствование, ЭЭГ, обследование врачом-психиатром, профилактический
осмотр врачом-психиатром) № ____
в соответствии с договором _____

Направляется в БУЗ ВО «Вологодская областная психиатрическая больница».

1. ФИО полностью _____

2. Дата рождения _____

3. Адрес по прописке _____

4. Поступающий на работу/работающий

5. Структурное подразделение _____

6. Вид работы ,в которой работник
освидетельствуется _____

7. Вредные и (или) опасные вещества и производственные факторы:

7.1 Химические факторы _____

7.2 Физические факторы _____

7.3 Биологические факторы _____

7.4 Тяжесть труда (физические перегрузки) _____

8. Профессия (должность) _____

Должность уполномоченного
представителя работодателя _____

подпись

ФИО

« _____ » _____ 20 ____ г.
М.П.