

**Для заключения договора с юридическими лицами по безналичному расчету необходимо:**

1. Составить заявку (образец в приложении № 1), выслать её на электронный адрес [bodunova@vorb35.ru](mailto:bodunova@vorb35.ru) и связаться с юристом отдела платных услуг Бодуновой Ириной Анатольевной по тел. 21-75-70.
2. Составить список сотрудников в алфавитном порядке (образец в приложении № 2), выслать на электронный адрес юриста отдела платных услуг [bodunova@vorb35.ru](mailto:bodunova@vorb35.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 юристом отдела платных услуг Бодуновой Ириной Анатольевной по тел. 21-75-70 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)

Список принимается в алфавитном порядке.

## Приложение № 3

Список работников наименование организации, подлежащих прохождению обязательного психиатрического освидетельствования в 201\_ году согласно Постановления 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», дающих информированное добровольное согласие на проведение обязательного психиатрического освидетельствования (дополнительно при необходимости электроэнцефалографии, экспериментально-психологического исследования) в БУЗ ВО «Вологодская областная психиатрическая больница».

Настоящим подтверждаю, что мне в доступной для меня форме разъяснены цели, методы, возможные варианты медицинского вмешательства, их последствия, предполагаемые результаты. Мне разъяснены мои права, регламентированные действующим законодательством Российской Федерации.

№ п/п	ФИО полностью и дата рождения	Личная подпись сотрудника
-------	-------------------------------	---------------------------

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.