

Внешний №	
Дата	
Внутренний №	

!!! (заполняется сотрудниками МТА группы) !!!

ОИ

Управляющему
ООО "МТА-ЭКСПЕРТ"
Ахмадиеву Р.С.

ЗАЯВЛЕНИЕ

на проведение санитарно-эпидемиологической экспертизы, обследования и оценки

Заявитель: **Общество с ограниченной ответственностью «Медицина» (ООО «Медицина»).**
(Заявитель - юридическое лицо, индивидуальный предприниматель, с которым заключается договор)

ИНН/КПП **123456789/123123123**
(ИНН/КПП Заявителя)

Юр. адрес: **916000, РТ, г. Казань, ул. Казанская, д. 44.**
(Юридический адрес Заявителя)

заказ для: -
для собственных нужд или для другой организации (*- заполняются данные по Заказчику)

Заказчик*: -
(Заказчик - юридическое лицо, индивидуальный предприниматель, на которого оформляются результаты работ)

ИНН/КПП* **-/-**
(ИНН/КПП Заказчика)

Юр. Адрес*: -
(Юридический адрес Заказчика)

Объект/адрес: **916000, РТ, г. Казань, ул. Казанская, д. 44.**
(Объект и его адрес, где предстоит выполнять работу)

Контактное лицо: **ФИО Петров Сергей Иванович**
телефон 8-988-123-45-67.
эл.почта PetrovSI@mail.ru

Цель экспертизы: **Санитарно-эпидемиологическая экспертиза (обследование, оценка) деятельности медицинской организации.**

Представленные документы: **1. Карта партнера,**
2. Согласно приложения 2.

- Заявитель несет ответственность за достоверность представленных сведений;
- информация, представленная Заявителем, является конфиденциальной;
- Заявитель осведомлен, что предложенные им методы инспекции являются неприемлемыми;
- Заявитель осведомлен, что может применяться фото- и видеофиксация;
- Заявитель согласен на обработку персональных данных, предоставленных ООО «МТА-Эксперт» в рамках проведения данной работы;
- Заявитель выражает согласие на проведение инспекции в дистанционном формате.

**Уполномоченный
представитель
заявителя**

(Подпись)

(Фамилия И.О.)

М.П.

1. При оказании первичной медико-санитарной помощи организуются и выполняются следующие работы (услуги):

Работы (услуги)	Виды медицинской помощи*	Условия оказания медицинской помощи
по рентгенологии	первичная доврачебная медико-санитарная помощь	амбулаторно
по сестринскому делу	первичная доврачебная медико-санитарная помощь	амбулаторно
по рентгенологии	первичная специализированная медико-санитарная помощь	амбулаторно
по стоматологии терапевтической	первичная специализированная медико-санитарная помощь	амбулаторно
по стоматологии хирургической	первичная специализированная медико-санитарная помощь	амбулаторно

* - виды медицинской помощи согласно Приказа министерства Здравоохранения РФ № 866н от 19.08.2021 года «Об утверждении классификатора работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность».

** - площадь медицинской клиники 120 м².

**Уполномоченный
представитель
заявителя**

(Подпись)

(Фамилия И.О.)

1. Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе.
2. Документы аренды помещений.
3. Устав организации.
4. Технический паспорт нежилого помещения.
5. Программа производственного контроля за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в ООО «Медицина».
6. Схема обращения с медицинскими отходами в ООО «Медицина».
7. Протокол измерения параметров микроклимата.
8. Протокол измерения параметров световой среды.
9. Протокол исследования холодной и горячей воды.
10. Паспорт системы вентиляции.
11. Договор на вывоз и/или утилизацию медицинских отходов (класс "Б", "Г").
12. Договор на вывоз твердых коммунальных отходов (класс "А").
13. Договор на дератизацию и дезинсекцию.
14. Договор на стирку спецодежды.

**Уполномоченный
представитель
заявителя**

(Подпись)

_____ (Фамилия И.О.)