Заказчик уведомлен о том, что несоблюдение указаний (рекомендаций) исполнителя (медицинского работника, предоставляющего платную медицинскую услугу), в том числе назначенного режима лечения, может снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на состоянии здоровья потребителя.

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

 (должность) (подпись) (ФИО)

Д О Г О В О Р №

**об оказании платных медицинских услуг**

г. Краснодар «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 202\_ года

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Наркологический диспансер» министерства здравоохранения Краснодарского края**, именуемое в дальнейшем **«Исполнитель»**, в лице главного врача **Любченко Дмитрия Александровича**, действующего на основании Устава, с одной стороны, и \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_именуемое в дальнейшем **«Заказчик»**, в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с другой стороны, вместе именуемые «Стороны»,заключили договор о нижеследующем (далее – «Договор»):

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя выполнение медицинских услуг, предоставляемых в соответствии с договором:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование медицинской услуги | Единица измерения | Цена, руб. | Кол-во |
| 1 | Качественное и количественное определение карбогидрат-дефицитного трансферрина (CDT) в сыворотке крови методом капиллярного электрофареза | исследование | 2260,00 |  |

1.2. Заказчик уведомлен о том, что виды и объемы медицинской помощи, оказываемой по настоящему договору не входят в [программу](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=RZB&n=141711&dst=100068) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

1.3. Исполнитель осуществляет медицинскую деятельность на основании лицензии №ЛО-41-01126-23/00311465 от 07.02.2017 г. выданной министерством здравоохранения Краснодарского края (г. Краснодар, ул. Коммунаров, 276, тел. 99-25-371) на виды работ и услуг, составляющих медицинскую деятельность, согласно приложению к лицензии.

1.4. При оказании платных медицинских услуг по настоящему договору стороны руководствуются положениями:

- приказа Минздрава России от 30.12.2015 № 1034н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «психиатрия-наркология» и Порядка диспансерного наблюдения за лицами с психическими расстройствами и (или) расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ";

- приказа Минздрава России от 18.05.2021 № 464н «Об утверждении Правил проведения лабораторных исследований».

1.5. Лицом, ответственным за предоставление платных медицинских услуг по настоящему Договору со стороны Заказчика, является\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(тел.\_\_\_\_\_\_\_).

Лицом, ответственным за предоставление платных медицинских услуг по настоящему Договору со стороны Исполнителя, является\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(тел.\_\_\_\_\_\_\_).

**1.6. При заполнении направления на лабораторные исследования/направления на медицинский осмотр (освидетельствование) Заказчик указывает номер настоящего договора (Приложение №3).**

**1.7. Источником финансирования средств, за счет которых будет производиться оплата по настоящему договору, является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

 (краевой бюджет/ ОМС/ доход от приносящей доход деятельности)

2. **СТОИМОСТЬ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ,**

**СРОКИ И ПОРЯДОК ИХ ОПЛАТЫ**

2.1. Общая стоимость услуг по настоящему договору составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

2.2. Стоимость оказанных Исполнителем Услуг по настоящему договору определяется по фактическому объему предоставленных услуг, исходя из стоимости одной услуги в соответствии с ценами на платные медицинские услуги, утвержденными Приказом ГБУЗ НД от 11.06.2024 г. № 173-ОД.

2.3. Оказание услуг НДС не облагается на основании подпункта 2 пункта 2 статьи 149 Налогового кодекса РФ.

2.4. Оплата стоимости оказанных в отчетном месяце услуг производится Заказчиком в безналичном порядке путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, в соответствии со счетом Исполнителя (Приложение №1 «Счет») в течение 30 (тридцати) календарных дней с момента выставления Исполнителем счета на оплату и акта оказанных услуг (Приложение №2 «Акт оказанных услуг»).

2.5. Оплата производится за фактически оказанные услуги за определенный период времени – календарный месяц. Счет на оплату, акт оказанных услуг направляется Заказчику не позднее 15 числа месяца, следующего за отчетным периодом (посредством почтового отправления либо электронного документооборота с использованием электронно-цифровой подписи).

2.6. Днем исполнения Заказчиком обязательств по оплате счетов по настоящему договору считается день поступления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

2.7. Заказчик не позднее, чем через 10 календарных дней после получения Акта оказанных услуг, подписывает его и направляет в адрес Исполнителя либо предоставляет Исполнителю мотивированный отказ (рекламацию) с указанием претензий и требований по устранению недостатков в письменном виде или в виде электронного сообщения по адресу, указанному в реквизитах Исполнителя.

2.8. В случае если Заказчик не представил Исполнителю в срок, указанный в п. 2.6, мотивированные возражения, Исполнитель в праве в одностороннем порядке считать услугу принятой и сумма, указанная в Акте оказанных услуг, подлежит оплате в бесспорном порядке.

2.9. Исполнитель имеет право пересматривать (переутверждать) цены на медицинские услуги, оказываемые в рамках настоящего договора, и вводить дополнительные услуги по новым методикам.

2.10. При изменении стоимости медицинских услуг, оказываемых по настоящему договору, Исполнитель письменно уведомляет Заказчика об изменении стоимости услуги не менее чем за 3 (три) календарных дня до введения в действие нового Прейскуранта.

2.11. Стороны обязаны проводить сверку расчетов по состоянию на 30 июня, 31 декабря. Исполнитель направляет Заказчику подписанный со своей стороны проект акта сверки взаиморасчетов не позднее 45 дней после окончания сверяемого периода, Заказчик обязан рассмотреть и подписать со своей стороны полученный от Исполнителя акт сверки взаиморасчетов и выслать подписанный экземпляр данного акта Исполнителю факсом либо электронной почтой и по адресу Исполнителя, указанному в реквизитах сторон договора, не позднее 10 дней с даты получения данного акта. Направленный Заказчиком акт сверки взаиморасчетов по состоянию на 30 июня, 31 декабря Исполнитель подписывает и направляет в адрес Заказчика в течение 20 дней с даты получения.

3. **УСЛОВИЯ И СРОКИ ОЖИДАНИЯ ПЛАТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

3.1. Исполнитель оказывает платные медицинские услуги в оговоренные сроки с \_\_\_ \_\_\_\_\_\_ 202\_ по \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_ по месту осуществления медицинской деятельности: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

3.2. Исполнитель самостоятельно определяет методы и способы оказания услуг, осуществляемых в рамках настоящего договора в соответствии с [положением](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=RZB&n=141711&dst=100116) об организации оказания медицинской помощи по видам медицинской помощи и с [порядками](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=RZB&n=141711&dst=100003) оказания медицинской помощи, утверждаемыми Министерством здравоохранения Российской Федерации, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, на основе [клинических рекомендаций](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=RZB&n=141711&dst=100123) с учетом [стандартов](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=RZB&n=141711&dst=100005) медицинской помощи, утверждаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации (далее - стандарт медицинской помощи).

3.3. В случае невозможности оказания медицинских услуг установленного объема и вида, Исполнитель в течение 2 дней извещает Заказчика.

3.4. Исполнитель имеет право:

- при несоблюдении условий хранения биологических объектов после отбора и при их транспортировке не принимать биологические объекты с соответствующей записью в строке Справки «Выявленные несоответствия».

- в случае несоответствия упаковки требованиям Приказа МЗ РФ № 40 от 27.01.2006 года, при неправильном оформлении сопроводительной документации выявленные несоответствия подробно описать в строке Справки «Выявленные несоответствия».

**4. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ**

**УСЛОВИЙ ДОГОВОРА**

4.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение своих обязательств по Договору Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ.

4.2. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему договору, если это неисполнение явилось следствием непреодолимой силы или других форс-мажорных обстоятельств, возникших после заключения настоящего договора (например, стихийные бедствия, эпидемии, и т.п.), выполнение которых является обязательным для сторон и делает невозможным выполнение ранее взятых на себя обязательств по настоящему договору.

4.3. При наступлении указанных в п. 4.2. настоящего договора обстоятельств, сторона должна без промедления известить о них в письменной форме другую сторону, приложив необходимое документальное подтверждения наступления обстоятельств. Извещение также должно содержать данные о характере обстоятельств.

4.4. Исполнитель за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств, предусмотренных Договором, несет ответственность перед Заказчиком в пределах стоимости оказанной услуги.

**5. СРОК ДЕЙСТВИЯ, ПОРЯДОК ИЗМЕНЕНИЯ**

**И РАСТОРЖЕНИЯ ДОГОВОРА**

5.1. Настоящий договор вступает в силу с момента подписания и действует до «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_202\_ года, а в части исполнения обязательств, до полного их исполнения.

5.2. Настоящий договор может быть прекращен досрочно по основаниям, предусмотренным действующим законодательством.

5.3. Настоящий договор автоматической пролонгации не подлежит.

**5.4. Оказание Исполнителем услуг на сумму, предусмотренную пунктом 2.1 настоящего договора, является основанием для прекращения оказания услуг Заказчику до внесения соответствующих изменений в настоящий договор либо заключения нового договора.**

**5.5. Заказчик осуществляет контроль за объемом услуг, предоставленных по настоящему договору, и в случае необходимости инициирует внесение соответствующих изменений в настоящий договор либо заключение нового договора.**

5.6. Все изменения и дополнения к настоящему договору совершаются в письменной форме и подписываются обеими Сторонами.

**6. ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ВЫДАЧИ ПОСЛЕ ИСПОЛНЕНИЯ ДОГОВОРА ИСПОЛНИТЕЛЕМ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ (КОПИИ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ, ВЫПИСКИ ИЗ МЕДИЦИНСКИХ ДОКУМЕНТОВ)**

6.1. По завершении оказания платных медицинских услуг Исполнитель предоставляет Заказчику медицинские документы, предусмотренные положениями нормативно правового акта, указанного в пункте 1.4 настоящего договора.

**7. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

7.1. При возникновении споров, требований и (или) претензий по вопросам, предусмотренным настоящим договором, стороны обязуются предпринять все возможные меры для урегулирования.

7.2. Соблюдение претензионного (досудебного) порядка рассмотрения спора является обязательным для Сторон. Срок ответа на претензию – 30 (тридцать) рабочих дней.

7.3. При недостижении соглашения все неразрешенные споры, требования и (или) претензии, возникающие из настоящего Договора, подлежат рассмотрению в Арбитражном суде Краснодарского края.

**8. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

8.1. Настоящий Договор составлен в 2-х подлинных экземплярах, по одному для каждой из сторон.

8.2. В случаях, не предусмотренных настоящим Договором, стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

**9. АДРЕСА И ДРУГИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН**

|  |  |
| --- | --- |
| **9.1. Исполнитель:****Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Наркологический диспансер» министерства здравоохранения Краснодарского края**ИНН 2312052583 КПП 231201001Получатель платежа: Минфин КК (ГБУЗ НД л/сч 828511870)**Банк получателя: Южное ГУ Банка России//УФК по Краснодарскому краю г. Краснодар****Единый казначейский счет (к/с) 40102810945370000010****Казначейский (расчетный) счет 03224643030000001800****БИК ТОФК 010349101**ОКТМО 03701000ОГРН 1032307161589(свидетельство выдано ИФНС России № 5 по г. Краснодару)ОКПО 02800851Адрес: 350080, Россия, г. Краснодар, ул. Тюляева, д.16Адрес сайта: [www.narco23.ru](http://www.narco23.ru)E-mail: narkokrai@narco23.ruГлавный врач ГБУЗ НД\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Д.А. Любченком.п. | **9.2. Заказчик:** |

Приложение №1

к договору на оказание

платных медицинских услуг

от \_\_\_\_\_\_\_ 202\_ г. № \_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Наркологический диспансер" министерства здравоохранения Краснодарского края ИНН 2312052583 КПП 231201001** |
|  |  |  |  |  |  |
| **350080, Краснодарский край, Краснодар г, им Тюляева ул, дом 16, тел.: +7 (861) 2602179** |
|  |  |  |  |  |  |
|  | **Образец заполнения платежного поручения** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | БИК |  |
| Сч. № |  |
| Банк получателя |
|  |  | Сч. № |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Вид оп. |  | Срок плат. |  |
| Наз. пл. |  | Очер. плат. |  |
| Код |  | Рез. поле |  |
| Получатель |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Назначение платежа |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| **СЧЕТ № от**  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Заказчик: |  |
| Плательщик: |  |
| Основание |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименованиетовара | Единицаизме-рения | Коли-чество | Цена,(Руб.) | Сумма,(Руб.) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Итого:** |  |
| **Итого сумма НДС:** |  |
| **Всего к оплате:** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |
| Всего наименованийи \_\_\_\_, на сумму: |
| ***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_ копеек*** |
|  |  |  |  |  |  |
| Главный врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Д. А. Любченко) |
|  |  |  |  |  |  |
| Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Л. Н. Петрова) |

Приложение № 2

к договору на оказание

платных медицинских услуг

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_г. №\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Наркологический диспансер" министерства здравоохранения Краснодарского края ИНН 2312052583 КПП 231201001** |
| **350080, Краснодарский край, Краснодар г, им Тюляева ул, дом 16, тел.:+7 (861) 2602179** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Акт № от**  |
|  **об оказании услуг** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Заказчик: |
| Основание:  |
| Валюта: Руб. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **№****ОБРАЗЕЦ** | **Наименование работы (услуги)** | **Ед. изм.** | **Количество** | **Цена** | **Сумма** |
| 1 |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Итого:** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Итого НДС** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | **Всего (с учетом НДС):** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Всего оказано услуг на сумму:*  |
| Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг не имеет. |
| От исполнителя:  | Главный врач |  |   |   |   |  | Д. А. Любченко |   |
|  |  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | М.П. |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| От заказчика: |   |  |   |   |   |  |   |   |   |
|  |  | (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | М.П. |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение № 3к договору на оказание платных медицинских услугот \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. № \_\_\_\_ |

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

(наименование медицинской организации, направляющей пациента на лабораторное исследование,

адрес ее местонахождения)

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

(наименование медицинской организации, которая направляет биоматериал

для проведения лабораторного исследования)

**Направление**

**на клинико-лабораторные исследования по договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_.\_\_.20\_\_**

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_ г. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации, в которую направляется биоматериал

для проведения лабораторного исследования)

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

(Наименование медицинской организации и его структурного

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

подразделения, выдавшего направление)

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

(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента, пол, дата его рождения)

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

Код биологического объекта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Дата и время назначения лабораторного исследования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата и время взятия биоматериала\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Условия хранения объектов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Вид биоматериала \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тип пробы или указание локализации, откуда был взят биоматериал, и способ взятия (при необходимости)

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

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

Номер медицинской карты пациента (при наличии), получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях, или номер медицинской карты стационарного больного в случае, если исследования проводятся при оказании медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара

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

Диагноз основного заболевания, код диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Наименование лабораторных исследований \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Данные о принимаемых больным лекарственных препаратах, а также других биологических факторах, которые могут влиять на результат исследований \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Эпидемиологическая информация (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата и время отправки биологических объектов в КДЛ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Контактный телефон (при наличии), адрес электронной почты (при наличии) лечащего врача (фельдшера, акушерки) или сотрудника медицинской организации, направившего биоматериал

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

Фамилия, имя, отчество (при наличии) и должность

медицинского работника (врача, фельдшера, акушерки),

назначившего лабораторное исследование\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)