

**Сведения об организации здравоохранения, оказывающей ВМП
в субъекте Российской Федерации**

1. Наименование субъекта Российской Федерации _____

2. Полное наименование организации _____

3. Юридический адрес _____

4. Почтовый адрес _____

5. ФИО руководителя _____

6. Номер телефона с междугородним кодом города _____

7. E-mail _____

8. Форма собственности (сделать отметку "X")

| | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| государственная субъекта РФ | муниципальная | иная форма собственности |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Числооек (всего) _____

10. Кадрь организации _____

таблица 1

| Показатель | | 2006 г. |
|------------|--|---------|
| 1.1 | число врачей (всего) | |
| 1.1.1 | в том числе имеющих стаж работы менее 5 лет | |
| 1.2 | 5-15 лет | |
| 1.3 | более 15 лет | |
| 2.2 | число врачей, имеющих квалификационную категорию (всего) | |
| 2.2.1 | вторую | |
| 2.2.2 | первую | |
| 2.2.3 | высшую | |
| 3.1 | число врачей, имеющих ученую степень (всего) | |
| 3.1.1 | в том числе кандидата наук | |
| 3.2 | доктора наук | |

II. Показатели деятельности организации, в том числе по оказанию ВМП

таблица 2.1

| Наименование профиляоек | 2005 г. | | | | 9 месяцев 2006 г. | | | |
|-------------------------|------------------|--------------------|---------------------------|--------------------|-------------------|--------------------|---------------------------|--------------------|
| | число койко-дней | | число пролеченных больных | | число койко-дней | | число пролеченных больных | |
| | всего | в том числе по ВМП | всего | в том числе по ВМП | всего | в том числе по ВМП | всего | в том числе по ВМП |
| | | | | | | | | |
| ИТОГО | | | | | | | | |

таблица 2.2

| Профиль ВМП* | Код вида ВМП** | Вид ВМП* | 2005 г. всего | | в т.ч. из других субъектов РФ | |
|--------------|----------------|----------|---------------------------|------------------|-------------------------------|------------------|
| | | | число пролеченных больных | число койко-дней | число пролеченных больных | число койко-дней |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

таблица 2.3

| Профиль ВМП* | Код вида ВМП** | Вид ВМП* | 9 месяцев 2006 г. | | в т.ч. из других субъектов РФ | |
|--------------|----------------|----------|---------------------------|------------------|-------------------------------|------------------|
| | | | число пролеченных больных | число койко-дней | число пролеченных больных | число койко-дней |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

2.4

| Наименование субъекта РФ, жителям которых оказана ВМП | Код вида ВМП** | Вид ВМП* | Число пролеченных больных с оказанием ВМП в 2005 г. | Код вида ВМП** | Вид ВМП* | Число пролеченных больных с оказанием ВМП 9 мес. 2006 г. |
|---|----------------|----------|---|----------------|----------|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

руководитель организации

(подпись)

ФИО

руководитель органа управления здравоохранением субъекта Российской Федерации

(подпись)

ФИО

* код по профилям и видам ВМП, впервые введенный в действие приказом Минздрава России от 29.03.2006г. №120

** код должен соответствовать коду вида ВМП по приложению №1 к приказу Минздрава России от 29.03.2006г. №120