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

(наименование организации здравоохранения)

Паспортная часть

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №  п/п | Требование | Данные |
| 1 | Фактический адрес |  |
| 2 | Фамилия, имя, отчество руководителя |  |
| 3 | Должность, ФИО заместителей, основные направления курируемой деятельности |  |
| 4 | Перечень учреждений здравоохранения, которые входят в структуру |  |
| 5 | Численность обслуживаемого населения |  |
| 6 | Количество коек: по проекту \_\_\_\_\_\_\_\_\_ фактически развернуто\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| 7 | Амбулаторно-поликлиническая часть (число посещений в смену) |  |

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

(Должность руководителя организации) (Подпись) (И.О. Фамилия)

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

(чч.мм.гггг)