



Контактная информация

Наименование медицинской организации

ИНН

ОГРН

Адрес медицинской организации*

*при наличии филиальной сети, необходимо заполнять для каждого филиала отдельный пакет анкет

Контактное лицо по договорным вопросам

ФИО

Телефон

E-mail

Контактное лицо по техническим вопросам

ФИО

Телефон

E-mail

Дополнительная информация

Наименования установленных в медицинской организации систем на текущий момент (МИС, ЛИС и РИС)

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ СИСТЕМА

Необходимость переноса исторических данных Да \ Нет

Типы оплаты услуг

ОМС

ДМС

Хоз.Расчет

Бюджет

Квоты

ФСС

Комментарий

Подпись

/

Дата

/

/



www.brainsystems.ru



+7 (812) 385 74 21, 8 (800) 555 31 07



197343, Россия, Санкт-Петербург,
ул. Матроса Железняка, д. 57, лит. А, пом. 129Н



Персонал медицинского учреждения

#	Параметр	Значение
1	Количество всего персонала по штатному расписанию	
2	Количество врачей в штате / внештатно	
3	Количество специальностей основных отделений	
4	Количество специальностей вспомогательно-диагностических отделений	
5	Количество специальностей АКО, КДЦ	
6	Количество устройств ЛИС	
7	Количество устройств РИС	

Врачебный персонал, использующий документы электронной истории болезни (ЭИБ)

#	Специальность	#	Специальность
1		26	
2		27	
3		28	
4		29	
5		30	
6		31	
7		32	
8		33	
9		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	

Остальные пользователи системы

#	Должность пользователя	Кол-во	#	Должность пользователя	Кол-во
1			10		
2			11		
3			12		
4			13		
5			14		
6			15		
7			16		
8			17		
9			18		

Подпись _____ /

Дата ____ / ____ / ____



