Приложение 3           
к Правилам выбора поставщика услуг  
по оказанию гарантированного объема  
бесплатной медицинской помощи    
и возмещения его затрат

Форма

Сведения о квалификации медицинских работников с медицинским образованием\*

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

(наименование потенциального поставщика)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ИИН | Фамилия, имя, отчество (при его наличии) | Занимаемая должность | Образование (№ диплома, наименование учебного заведения и год окончания) | Общий медицин  ский стаж | Стаж  по  специаль  ности | Сертификат специалиста с (без) присвоением(-я) квалификацион  ной категории (№ и дата выдачи) | Документ о повышении квалификации за последние 5 лет (при его наличии) | Документ о наличии ученой степени, звания (при его наличии) | Приказ о приеме на работу (№, дата) | Занимаемая ставка в соответствии со штатным расписанием |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

      Примечание:

      \*при наличии свидетельства об аккредитации данные сведения не представляются.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_

      (Должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии)

руководителя потенциального поставщика, подпись)

Место печати (при наличии)