Приложение 5
к стандарту государственной услуги
«Определение соответствия (несоответствия)

потенциального поставщика услуг гарантированного объема
бесплатной медицинской помощи
предъявляемым требованиям»

Форма

 Сведения о коечном фонде

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
                  (наименование потенциального поставщика)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п | Наименование профиля койки | Число коек |
| 20\_\_\_ год | 20\_\_\_ год | 20\_\_\_ год | Планируемое на 20\_\_ год |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Для взрослого населения: |
|  |  |  |  |  |  |
| Для детского населения: |
|  |  |  |  |  |  |
| ИТОГО (общее количество коек для оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи) |  |  |  |  |

     Примечание:
      \* если период оказания потенциальным поставщиком медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи составляет менее трех лет, сведения представляются за иной период.
      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(должность, фамилия, имя, отчество (при его наличии) первого руководителя потенциального поставщика, подпись)

Место печати (при наличии)