

**191119, Санкт-Петербург г, Обводного канала наб, дом 93а, литер А, помещение 1453-1458**

**ИНН 7802037992 КПП 783801001 ОГРН 10378040048100**

**mail:** [**ivistaspb17@gmail.com**](mailto:ivistaspb17@gmail.com)**; тел: +7(812) 416-60-50; тел/факс: +7(812) 327-60-20**

**ОПРОСНЫЙ ЛИСТ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Информация о Заказчике:** | |
| Наименование | *Укажите юридическое*  *наименование вашего учреждения (организации)* |
|  |  |
| Юридический адрес | *Укажите юридический*  *адрес вашего учреждения (организации)* |
|  |  |
| ИНН/КПП | *Укажите ИНН/КПП вашего учреждения (организации)* |
|  |  |
| Лицо, ответственное за подписание лицензионного договора | *Укажите лицо, ответственное за подписание лицензионного договора (ФИО, должность, на основании чего действует)* |
|  |  |
| Адрес | *Укажите фактический*  *адрес вашего учреждения (организации)* |
|  |  |
| Должность и ФИО  контактного лица | *Укажите ФИО и должность ответственного сотрудника вашего учреждения (организации) по данному заказу* |
|  |  |
| Контактный  телефон | *Укажите контактный телефон ответственного сотрудника вашего учреждения (организации) по данному заказу* |
|  |  |
| Контактный  емейл | *Укажите контактный емейл ответственного*  *сотрудника вашего учреждения (организации) по данному заказу* |
|  |  |
| Веб-сайт  предприятия | *Укажите адрес веб-сайта вашего учреждения (организации)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Информация о программном продукте:** | |
| Наименование и  Количество | *Укажите точное наименование*  *программного продукта, типы и количество лицензий* |
|  |  |
| Краткое описание назначения  и применения, наименование конечного пользователя | *Укажите кратную информацию о назначении использования программного продукта, наименование конечного пользователя* |
|  |  |
| Тип медицинской организации конечного пользователя | *Стационар*☐  *Роддом*☐  *Санаторий*☐  *Поликлиника*☐  *Стоматологическая поликлиника*☐  *Диспансер*☐  *Клинико-диагностический центр*☐  *Неотложная помощь*☐ |
| Название подсистем МИС МО | |  |  | | --- | --- | |  |  | | *Название подсистемы МИС* |  | | * *Регистратура амбулаторно-поликлинической организации* | ☐ | | * *Ведение электронных амбулаторных карт пациентов* | ☐ | | * *Интегральный анамнез* | ☐ | | * *Выписка электронных направлений* | ☐ | | * *Ведение ЗНО* | ☐ | | * *Назначение лабораторных исследований* | ☐ | | * *Назначение диагностических исследований* | ☐ | | * *Цифровые изображения (Радиология)* | ☐ | | * *Инструментальная диагностика* | ☐ | | * *Учет временной нетрудоспособности* | ☐ | | * *Управление взаиморасчетами за оказанную медицинскую помощь* | ☐ | | * *Статистика* | ☐ | | * *Льготное лекарственное обеспечение* | ☐ | | * *Диспансерное наблюдение* | ☐ | | * *Периодические/профилактические медицинские осмотры* | ☐ | | * *Диспансеризация населения* | ☐ | | * *Аптека* | ☐ | |
| Требуется ли доработка/настройка МИС под требования данного учреждения | ☐ ДА ☐ НЕТ ☐ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| Дополнительная важная информация | *Укажите любую важную, по вашему мнению, информацию о закупаемом ПО* |