

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

**ИНН 7802037992 КПП 783801001 ОГРН 10378040048100**

**mail:** **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* |