Приложение N 3

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 14 сентября 2021 г. N 922н

Форма

|  |
| --- |
| ЗАЯВКА N \_\_\_\_\_\_  на включение мероприятия по организации дополнительного профессионального образования по программе повышения квалификации |
| в план мероприятий по организации дополнительного профессионального образования по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования  на \_\_\_\_ год  год |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | КОДЫ |
|  |  |  | Дата |  |
| От кого: |  |  |  |  |
|  |  |  | по РМО (ЕРМО) |  |
| Наименование медицинской организации |  |  | по Сводному реестру |  |
|  |  | по [ОКТМО](consultantplus://offline/ref=59CA0B265FD53782D5EDD2AA8D3C2B597A6DC1B965A9FB4AA8554058577D194ADFD7425A8859D38018E660BDF9y0U5M) |  |
| Обособленное структурное подразделение медицинской организации |  |  | по РМО (ЕРМО) |  |
|  |  | по Сводному реестру |  |
|  |  | по [ОКТМО](consultantplus://offline/ref=59CA0B265FD53782D5EDD2AA8D3C2B597A6DC1B965A9FB4AA8554058577D194ADFD7425A8859D38018E660BDF9y0U5M) |  |
| Кому: |  |  |  |  |
| Наименование публично-правового образования |  |  | Код |  |
| Наименование органа управления государственным внебюджетным фондом |  |  | по Сводному реестру: |  |
|  |  | по [ОКТМО](consultantplus://offline/ref=59CA0B265FD53782D5EDD2AA8D3C2B597A6DC1B965A9FB4AA8554058577D194ADFD7425A8859D38018E660BDF9y0U5M): |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | N договора: |  |
| Правовое основание |  |  | Дата договора: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника |  |  | по ФРМР |  |
| Специальность медицинского работника |  |  | по ОКС |  |
| Должность медицинского работника |  |  | Дата принятия |  |
| Наименование программы повышения квалификации |  |  | Номер предварительной заявки |  |
| Продолжительность программы повышения квалификации |  |  | Дата предыдущего обучения |  |
| Форма реализации программы повышения квалификации |  |  | Признак соответствия специальности медицинского работника специальностям, на которые направлена программа повышения квалификации |  |
| Стоимость обучения по программе повышения квалификации |  |  |
| Сведение о допущенных организацией нарушениях, выявленных по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, на предотвращение которых направлено мероприятие |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Подавая настоящую заявку, медицинская организация гарантирует, что организацией не поданы аналогичные заявки для включения данного мероприятия и (или) данное мероприятие не включено в иные планы мероприятий по организации дополнительного профессионального образования по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования в текущем году |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |