

Для того, чтобы договор сделать максимально выгодным и удобным для Вас, просим заполнить опросный лист.

(наименование организации)

ОПРОСНЫЙ ЛИСТ	
По договору оказывается медицинская помощь	<input type="checkbox"/> по заболеванию
	<input type="checkbox"/> оздоровительные услуги
Будет ли устанавливаться лимит (в деньгах)?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Лимит (в деньгах) будет установлен	<input type="checkbox"/> на одного сотрудника <input type="checkbox"/> на организацию в целом
Лимит будет различным для разных категорий работников?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Планируем включать в договор следующие специализации:	
Помощь на дому	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Терапия / эндокринология / гастроэнтерология / кардиология / нефрология / неврология / отоларингология	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
УЗИ	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Рентген	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Аллергология-иммунология	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Хирургия / травматология / флебология / маммология / колопроктология	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Эндоскопия (гастро и колоноскопия)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Гинекология / урология	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Офтальмология	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Дерматология	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Соляная пещера	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Ударно-волновая терапия (УВТ)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
МРТ / КТ	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Иглорефлексотерапия	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Гидроколонтерапия	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Мануальная терапия	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
ЛФК / аквагимнастика	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Массаж	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Психиатрия / психотерапия	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Психолог	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Логопед	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Физиотерапия / грязе-, парафино-озокерито лечение / водолечение	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Дневной стационар	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Круглосуточный стационар	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Операции / анестезиология	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

_____ / _____ /