

Министерство здравоохранения Мурманской области
Государственное областное бюджетное учреждение здравоохранения
«Мурманская городская поликлиника № 1»

ПРИКАЗ

29.04.2019

№ 282 - ф

Об изменении стоимости услуги по прицельной внутриротовой контактной рентгенографии

В соответствии с Постановлением Правительства РФ от 04.10.2012 № 1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг», приказом Министерства здравоохранения Мурманской области от 30.05.2012 № 408 «Об утверждении Порядка определения платы за оказание услуг (выполнения работ), относящихся к основным видам деятельности государственных областных бюджетных учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения Мурманской области»

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Изменить стоимость услуги по прицельной внутриротовой контактной рентгенографии с 01.05.2019 г. в соответствии с Приложением к приказу.
2. Начальнику отдела автоматизированных систем управления М.Г. Павловой разместить на сайте учреждения и в программе КПС «САМСОН» изменения стоимости услуг по прицельной внутриротовой контактной рентгенографии (Приложение к приказу).
3. Делопроизводителю Крапивиной Н.Л. ознакомить с данным приказом заведующую отделением предварительных, периодических медицинских осмотров и платных услуг, главного бухгалтера, начальника отдела АСУ.
4. Заведующей отделением предварительных, периодических медицинских осмотров и платных услуг, главному бухгалтеру, начальнику отдела АСУ ознакомить с настоящим приказом всех сотрудников подчиненного подразделения.
5. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя главного врача по экономическим вопросам М.М. Корзун.

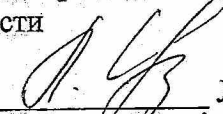
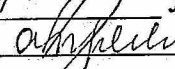
Главный врач



С.М. Агеев

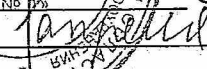
СОГЛАСОВАНО


Первый заместитель министра
здравоохранения Мурманской
области


Л.Г. Ушакова
«05»  2019

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач
ГБУЗ «Мурманская городская
поликлиника №1

С.М. Агеев
«05»  2019



ПРЕЙСКУРАНТ

на платные медицинские услуги, предоставляемые государственным областным
бюджетным учреждением здравоохранения
«Мурманская городская поликлиника №1»

№ п/п	Код услуги	Наименование услуги	Стоимость (руб.)
1	A.06.07.003.000.000.000.000	Прицельная внутриротовая контактная рентгенография	200