**АНКЕТА**

**члена Ассоциации профессиональных участников системы долговременного ухода**

**(юридического лица)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | Наименование организации |  |
| **2.** | ОГРН |  |
| **3.** | Место нахождения |  |
| **4.** | Адрес официального сайта |  |
| **5.** | Контактные телефоны |  |
| **6.** | Адрес электронной почты |  |
| **7.** | Наименование должности руководителя |  |
| **8.** | Фамилия, имя, отчество руководителя |  |
| **9.** | Наименование субъекта(ов) РФ, в котором(ых) оказываются услуги (осуществляется деятельность) |  |
| **10.** | Цель, основные виды деятельности организации, количество сотрудников | Цель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Основные виды деятельности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Количество сотрудников\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **11.** | Осуществляемая деятельность, связанная с системой долговременного ухода (далее – СДУ) (подчеркнуть один или несколько вариантов и/или заполнить строки) | 1. **поставщик социальных услуг;**  1.1. государственная организация;  1.2. негосударственная организация;  1.3. коммерческая организация;  1.4. некоммерческая организация;  1.5. форма социального обслуживания:  1.5.1. на дому;  1.5.2. полустационарная форма;  1.5.3. стационарная форма;  1.6. количество получателей социальных услуг \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_человек;  **2. медицинская организация;**  2.1. государственная организация;  2.2. негосударственная организация;  2.3. коммерческая организация;  2.4. некоммерческая организация;  2.5. оказывающая паллиативную помощь;  2.6. оказывающая иные виды медицинской помощи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (указать виды и условия оказания медпомощи)  **3. благотворительная (волонтерская) организация;**  **4. коммерческая организация, производящая товары/услуги для СДУ**  **5. иная форма поддержки/участия в СДУ** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **12.** | Фамилия, имя, отчество, должность контактного лица |  |
| **13.** | Телефон контактного лица |  |
| **14.** | Адрес электронной почты контактного лица |  |
| **15.** | Чем Ассоциация может быть вам полезна? |  |
| «\_\_\_» **\_\_\_\_\_\_\_\_** 20\_\_**\_** года | | Подпись: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/** | |