Псковское УФАС России

**АНКЕТА**

для граждан, проводивших медицинское освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием и химико-токсикологические исследования наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов

Управление Федеральной антимонопольной службы по Псковской области в связи с рассмотрением обращений граждан проводит анкетирование в целях изучения мнения населения о цене вышеуказанной услуги в учреждениях здравоохранения и просит Вас ответить на следующие вопросы. Ответы будут использованы только в обобщенном виде.

1. Проходили ли Вы медицинское освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием:

в 2016г. да нет

в 2017г. да нет

2. Укажите, где и по какой цене Вы приобретали бланк для прохождения медицинского освидетельствования:

2016г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2017г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Какие виды медицинского осмотра и лабораторного исследования Вы проходили (отметьте вариант ответа любым знаком):

2016г.:

- медицинский осмотр врачом-офтальмологом

- медицинский осмотр врачом-психиатром

- медицинский осмотр врачом-психиатром-наркологом

- химико-токсикологическое исследование наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов

2017г.:

- медицинский осмотр врачом-офтальмологом

- медицинский осмотр врачом-психиатром

- медицинский осмотр врачом-психиатром-наркологом

- химико-токсикологическое исследование наличия в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов

4. Имелись ли отличия в прохождении Вами медицинского осмотра и лабораторных исследований в 2017г. по сравнению с 2016г.?

- Да

- Нет

- Не заметил

Укажите, какие именно \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Являетесь ли Вы жителем (по месту регистрации в паспорте):

- города Пскова да нет

- района Псковской области да нет

(укажите, какого района) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Наименование медицинского учреждения, в котором Вы проходили медицинское освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием:

2016г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2017г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Цена, которую Вы оплатили за получение медицинского заключения об отсутствии медицинских противопоказаний к владению оружием и медицинского заключения об отсутствии в организме человека наркотических средств, психотропных веществ и их метаболитов (справки):

2016г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(руб.)

2017г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (руб.)

7. Для какой цели Вам требуется прохождение медицинского освидетельствования на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием (отметьте вариант ответа любым знаком):

- для работы в охранной организации

- для охоты

- для приобретения оружия

- для оформления наследства

- другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. Готовы ли Вы пройти медицинское освидетельствование на наличие медицинских противопоказаний к владению оружием в любом районе Псковской области или другом городе за пределами Псковской области, если цена там будет ниже?

- Да

- Нет

- У меня примут справку только по месту жительства (регистрации)

9. Сколько времени Вы потратили на получение медицинского заключения:

2016г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(час., дней)

2017г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(час., дней)

10. Дополнительная информация по существу заданных вопросов:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Благодарим за ответы!

Укажите (по желанию) Ваши Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контактные данные \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата заполнения анкеты\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_