Приложение

к приказу

Департамента ГОЧСиПБ

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(форма)

Приложение 2

к приказу руководителя

Департамента ГОЧСиПБ

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(форма)

**Начальнику**

**ГКУ «ПСЦ»**

**ЗАЯВКА № \_\_\_**

**на подключение объектовой системы оповещения к региональной системы оповещения населения города Москвы о чрезвычайных ситуациях**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Город**  |  *Москва*  | **Район** | *Марфино* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Индекс** | *11 127276* |  **Административный округ** | *Северо-Восточный* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Улица** | **Академика Комарова** | **Дом** | *5* | **/** |  | **Корпус** | *1* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Полное наименование, организационно-правовая форма** | *Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы « Городская поликлиника № 12 Департамента здравоохранения города Москвы»* |
| **Мобильный телефон круглосуточный (при наличии круглосуточного поста охраны) объекта** | *8-495-619-90-66* |
| **Стационарный телефон круглосуточный (при наличии круглосуточного поста охраны) объекта** | *8-495-619-90-66* |
| **ФИО и телефон руководителя объекта** | *Курняева Марина Витальевна* *8-495-619-29-25* |
| **ФИО и телефон лица, ответственного за объектовую систему оповещения** | *Клейменов Владимир Сергеевич**8-495-619-29-25* |
| **Наименование и телефон организации, осуществившей сопряжение объектовой системы оповещения** **(с приложением акта выполненных работ)** | *ПАО МГТС**8-495-403-74-23* |
| **Наименование и телефон организации,****осуществляющей техническое обслуживание объектовой системы оповещения** | *ООО «СПЕКТР ЛК»**8-967-148-05-11* |
| **Сведения об объектовой системе оповещения, наименование приборов, входящих в ее состав** | *Inter M* |
| **Тип сопряжения:** | **ОСО-РАСЦО****ПАО МГТС, договор** **№ 94** **от 30.07.2018 г.** |  |
| **Наименование документа, подтверждающего право собственности на оборудование сопряжения** **с указанием серийного номера устройства** **(с приложением копии документа)** | *Акт приема- передачи оборудования БУУ -02 в собственность* |
| **Форма собственности**  | *Государственная собственность*  |
| **Ведомственная принадлежность** | *Департамент здравоохранения города Москвы* |
| **Функциональное назначение (отраслевая принадлежность)** | *Оказание первичной медицинской помощи* |
| **Количество зданий, сооружений и других строений, подлежащих/оснащенных системой оповещения** | *Одно здание* |
| **Наличие и местонахождение на объекте людей в ночное время.** | *2 человека* |
| **Дополнительная информация** |  |

Подпись руководителя объекта М.В. Курняева