

**Анкета керівництва закладу охорони здоров'я,  
де розташована клінічна кафедра НУОЗ України імені П.Л. Шупика**

Просимо Вас уважно прочитати і дати відповідь на усі поставлені питання. В разі незгоди з тим чи іншим ствердженням будемо вдячні Вам за Ваші відверті зауваження та пропозиції (вірні ствердження необхідно підкреслити).

1. Назва закладу охорони здоров'я

\_\_\_\_\_

2. Назва кафедри, що розташована на базі закладу охорони здоров'я

\_\_\_\_\_

3. Наявність Договору про співпрацю між закладу охорони здоров'я та НУОЗ України \_\_\_\_\_ (так/ні)

4. Скільки науково-педагогічних працівників співпрацюють з закладом охорони здоров'я

\_\_\_\_\_

5. Наявність графіків:

5.1. проведення консультацій \_\_\_\_\_ (так/ні)

5.2. проведення лікувально-діагностичної роботи \_\_\_\_\_ (так/ні)

5.3. проведення обходів професорами та доцентами кафедри \_\_\_\_\_ (так/ні)

6. Проведення спільних наукових досліджень, спостережень \_\_\_\_\_ (так/ні)

7. Спільна апробація і впровадження нових методів діагностики, лікування і реабілітації хворих \_\_\_\_\_ (так/ні)

8. Спільне використання апаратури:

8.1. що належить НУОЗ України \_\_\_\_\_ (так/ні)

8.2. що належить закладу охорони здоров'я \_\_\_\_\_ (так/ні)

9. Чи задовольняє Вас співпраця закладу та кафедри НУОЗ України: так; ні.

10. Ваші пропозиції щодо покращення співпраці: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

посада \_\_\_\_\_

П.І.Б. керівника закладу/підрозділу \_\_\_\_\_

підпис \_\_\_\_\_

дата \_\_\_\_\_

*Дякуємо за співпрацю!*