|  |  |
| --- | --- |
| Бланк организации  | **Главному врачу** **ГБУЗ Архангельской области «АКПБ» Яшкович Вере Анатольевне**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (наименование организации) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (ФИО) |

 **ЗАЯВКА**

 Просим Вас заключить договор возмездного оказания медицинских услуг по проведению медицинского обследования на **допуск работников к наркотическим средствам, психотропным веществам**. Место оказания услуг: город Архангельск, проспект Ломоносова, дом 271.

Проект договора направить для согласования по электронному адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Период оказания услуг с «\_\_» \_\_\_\_\_\_ 2019 года по «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_2019 года.

Количество человек \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| **Полное наименование**  |  |
| **Сокращённое наименование** |  |
| **Юридический адрес** |  |
| **Почтовый адрес** |  |
| **Электронный адрес** |  |
| **ИНН** |  |
| **КПП** |  |
| **ОГРН** |  |
| **БИК** |  |
| **Р/с** |  |
| **Наименование банка** |  |
| **Л/счёт** |  |
| **Телефон**  |  |
| **Руководитель** |  |
| **Главный бухгалтер** |  |
| **Ответственный исполнитель****(ФИО, контактный телефон, электронный адрес)** |  |

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

 (должность) (подпись уполномоченного лица) (расшифровка)

 М.П.

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

 (дата)