|  |  |
| --- | --- |
| Бланк организации | **Исполняющему обязанности**  **главного врача**  **ГБУЗ Архангельской области «АКПБ» Амосову Виктору Александровичу**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование организации)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (должность)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО) |

**ЗАЯВКА**

Просим Вас заключить договор возмездного оказания медицинских услуг по проведению **электроэнцефалографии** работников. Место оказания услуг: город Архангельск, ул. Ярославская, д. 42.

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

Период оказания услуг с «\_\_» \_\_\_\_\_\_ 202\_ года по «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_202\_ года.

Предполагаемое количество человек \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование** |  |
| **Юридический адрес** |  |
| **Почтовый адрес** |  |
| **ИНН/КПП** |  |
| **ОГРН** |  |
| **БИК** |  |
| **Р/с** |  |
| **Наименование банка** |  |
| **Руководитель** |  |
| **Ответственный исполнитель**  **(ФИО, контактный телефон, электронный адрес)** |  |

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

(должность) (подпись уполномоченного лица) (расшифровка)

М.П.

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

(дата)