|  |  |
| --- | --- |
| 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)