Исх. №\_\_\_ Главному врачу ОГБУЗ «Балаганская РБ»

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Цыденову Г.Б.

 От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность руководителя, наименование организации)

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

 (ФИО руководителя)

**ЗАЯВКА**

Прошу Вас заключит договор на **оказание услуг по прохождению предварительного, периодического (в течение трудовой деятельности) медицинского осмотра работников** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование организации)

Период оказание услуг: с «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017г. по «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017г.

**Список работников**

**Мужчины**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия имя отчество(полностью) | Занимаемая должности | Год рождения |
|  |  |  |  |

**Женщины**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия имя отчество(полностью) | Занимаемая должности | Год рождения |
|  |  |  |  |

Реквизиты Заказчика:

Адреса:

- юридический:

- фактический:

Телефон/факс:

Электронный адрес:

ИНН:

КПП:

БИК:

ОГРН:

р/с:

к/с:

Банк:

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

(должность)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017г.

(подпись Ф.И.О. полностью,

печать при наличии)