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 проведению **предрейсовых, послерейсовых медицинских осмотров водителей транспортных средств** с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование организации)

Период оказание услуг: с «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г. по «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Предполагаемое время прибытие водителей для:

предрейсовых мед. осмотров: \_\_\_\_

послерейсовых мед. осмотров: \_\_\_\_

место проведения медицинских осмотров:

* **ОГБУЗ «Балаганская РБ», Иркутская область, р.п.Балаганск, ул.Ангарская, д.2;**
* **ФАП, Иркутская область, Балаганский район, д.Анучинск, ул.Таежная, д.28-2;**
* **ФАП, Иркутская область, Балаганский район, с. Бирит, ул.2-я Советская, д. 4А;**
* **ФАП, Иркутская область, Балаганский район, д.Заславская, ул.Лесная, д.43;**
* **ФАП, Иркутская область, Балаганский район, с. Коновалово, ул. Ленина, д. 20А;**
* **ФАП, Иркутская область, Балаганский район, с.Кумарейка, пер.Новый, д.2;**
* **ФАП, Иркутская область, Балаганский район, д.Метляева, ул.Трудовая, д.25;**
* **ФАП, Иркутская область, Балаганский район, д.Тарасовск, ул.Набережная, д.14;**
* **ФАП, Иркутская область, Балаганский район, с. Тарнополь, ул. Советская, д. 72А;**
* **ФАП, Иркутская область, Балаганский район, д.Ташлыкова, ул.Гагарина, д.1А;**
* **ФАП, Иркутская область, Балаганский район, с.Шарагай, ул.Нагорная, д.2-1.**

(нужное подчеркнуть)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Ф.И.О. водителя | Марка и гос. номер автотранспорта |
|  | Иванов Иван Иванович | УАЗ-396254, У 123 ТН 38 |

Реквизиты Заказчика:

Наименование организации:

Адреса:

- юридический:

- фактический:

Телефон/факс:

Электронный адрес:

ИНН:

КПП:

БИК:

ОГРН:

р/с:

к/с:

Банк:

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

(должность)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

(подпись Ф.И.О. полностью,

печать при наличии)