*На официальном бланке юридического лица/ индивидуального предпринимателя (при наличии)*

Главному врачу

Автономного учреждения

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры

«Центр профессиональной патологии»

Н.В. Ташланову

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О. законного

представителя юридического лица/)

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

(полное наименование юридического лица/

индивидуального предпринимателя)

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

г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Гарантийное письмо – оферта

Просим Вас заключить договор на возмездное оказание медицинских услуг (далее - Услуги) на следующих условиях:

1) перечень Услуг: проведению пульсоксиметрии и термометрии;

2) объем Услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(необходимо указать количество часов);*

3) срок оказания услуг: с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

4) время оказания услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

5) место оказания услуг: *(необходимо выбрать из нижеперечисленного)*

- г. Ханты-Мансийск: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

 (необходимо указать адрес)

- выезд с указанием территориальной отдаленности от Ханты-Мансийска: \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (необходимо указать адрес)

6) цена Услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_) рублей 00 копеек. НДС не предусмотрен (пп.2 п. 2 статья 149 Налогового кодекса РФ). Сформирована из количества часов, предполагаемых к затрате на оказание медицинских услуг, и тарифов, утвержденных главным врачом автономного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии».

7) порядок и срок оплаты: в течение 10 (Десяти) рабочих дней с момента получения посредством электронной связи от Исполнителя счета, акта оказанных услуг в безналичном порядке путем перечисления денежных средств на лицевой счет Исполнителя.

8) адрес электронной почты для направления счета на оплату, акта оказанных услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Транспорт для организации выезда медицинского работника для проведения термометрии и пульсоксиметрии на территории заказчика будет предоставлен.

Совершение Исполнителем действий по выполнению условий договора считается акцептом.

**Заключение договора на возмездное оказание медицинских услуг (далее – Договор) гарантируем на основании вышеперечисленных условий в течение 10 (Десяти) рабочих дней с момента получения проекта договора.**

**Оплату Услуг, оказанных до заключения Договора, гарантируем.**

Контактное лицо: должность, Ф.И.О., номер телефона, адрес электронной почты.

Приложение: карточка предприятия, заверенная печатью юридического лица/индивидуального предпринимателя (при наличии) на 1 л. в 1 экз.

Должность законного представителя

юридического лица/индивидуального

предпринимателя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 М.П.