*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: проведение обязательного психиатрического освидетельствования работников (далее - освидетельствование);

2) объем Услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(необходимо указать количество работников, подлежащих к освидетельствованию);*

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

4) место оказания услуг: *\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

(необходимо указать наименование населенного пункта, куста месторождения)

5) цена Услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_) рублей 00 копеек. НДС не предусмотрен (пп.2 п. 2 статья 149 Налогового кодекса РФ). Сформирована исходя из численности работников и тарифов, утвержденных главным врачом автономного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Центр профессиональной патологии».

6) 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.

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

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.