(на фирменном бланке) Главному врачу

Автономного учреждения

Ханты-Мансийского автономного округа-Югры

«Центр профессиональной патологии»

Н.В. Ташланову

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

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

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

Прошу Вас заключить договор на оказание услуг по проведению предрейсовых, послерейсовых/ предсменных, послесменных медицинских осмотров (нужное подчеркнуть) со сроком действия до «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Срок оказания услуг: с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.

Место оказания услуг (нужное подчеркнуть): в г.Ханты-Мансийске по месту нахождения Исполнителя, в г.Сургуте по месту нахождения Исполнителя, месторождение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Количество осмотров: \_\_\_\_\_\_\_\_.

Контактное лицо со стороны заказчика: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О., должность, телефон)

Оплату фактически оказанных услуг гарантируем.

Приложение: карточка предприятия.

Ф.И.О. руководителя Подпись руководителя

 М.П.

Дата