(на фирменном бланке) Главному врачу

Автономного учреждения

Ханты-Мансийского автономного округа-Югры

«Центр профессиональной патологии»

Н.В.Ташланову

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

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

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

Прошу Вас заключить договор на предрейсовые, послерейсовые, предсменные, послесменные (нужное подчеркнуть) медицинские осмотры с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. в медицинском пункте по адресу: ул. Бориса Щербины 3, ул. Рябиновая 1, ул. Студенческая 1 (нужное подчеркнуть), иное \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в количестве \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ осмотров.

Карточка предприятия прилагается.

Ф.И.О. руководителя Подпись руководителя

Дата