ЗАЯВКА ОФОРМЛЯЕТСЯ НА ФИРМЕННОМ БЛАНКЕ ЛПУ

Отправить по эл. почте: [dservis@medteh-nk.ru](mailto:dservis@medteh-nk.ru) или на факс 8 (8555) 41- 20 - 54

Генеральному директору

ООО «ЗТСО «Медтехника»

Муллину Г.Н.

ЗАЯВКА

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

(наименование лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), организации)

просит провести измерение свинцового эквивалента в \_\_\_\_\_\_\_ году следующих индивидуальных средств защиты:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование | Номер | Количество  (ед.) | Примечание |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |

Оплату гарантируем.

Главный врач ЛПУ (организации): /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(Ф.И.О.)

Главный бухгалтер ЛПУ (организации): /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(Ф.И.О.)

Исполнитель по заявке: должность, Ф.И.О. (полностью), контактный телефон