

Главному государственному
санитарному врачу
УЗ «Осиповичский райЦГЭ»
Е.М. Мукаловой

Заявление

Заказчик: _____

наименование юридического лица, адрес в соответствии с учредительными документами, Ф.И.О. руководителя(на основании чего он представляет интересы учреждения Устава или доверенности), Ф.И.О. физ. лица, индивидуального предпринимателя, их домашний адрес, телефон

Просит _____

Дополнительная информация Оплата осуществляется согласно прейскуранта цен на проведение санитарно-гигиенических, токсикологических и микробиологических исследований в соответствии с п.8 Инструкции о порядке регулирования тарифов на платные медицинские услуги, утвержденной постановлением Министерства здравоохранения РБ от 20.05.2011г. №42

Заказчик обязуется предоставить договор на аренду помещения или документы, подтверждающие право собственности, а также другую затребованную органами государственного надзора документацию, при необходимости обеспечить отбор проб/образцов. Гарантирует оплату выполненных работ/услуг.

Заказчик несет полную ответственность за достоверность предоставленной информации.

Заявитель (для юридического лица - руководитель или лицо, исполняющее обязанности), главный бухгалтер:

(подпись, Ф.И.О., печать)

(подпись, Ф.И.О., печать)

« » _____ 20 г.

(Подпись расшифровка подписи)

Пакет документов получен в соответствии с заявленным видом медицинских услуг.

Подпись лица в получении документов

(Дата, подпи

Главному врачу
УЗ «Осиповичский районный центр
гигиены и эпидемиологии»
Мукаловой Е.М.

ЗАЯВЛЕНИЯ

Прошу провести санитарно-гигиеническую экспертизу и обследование
магазина по реализации пищевых
продуктов

(название объекта)

по адресу: _____

(адрес)

с выдачей акта государственной санитарно-гигиенической экспертизы.

Оплату гарантирую.

Заявитель:

(подпись, Ф.И.О., печать)

ЗАЯВЛЕНИЕ

№ _____

Главному врачу
УЗ «Осиповичский райЦГЭ»

Мукаловой Е.М.

(фамилия, имя, отчество полностью)

(домашний адрес, телефон)

тел. дом. _____

тел. сот. _____

Образование _____

Категория _____

Стаж _____

Прошу выдать справку в соответствии с Указом Президента Республики Беларусь №200 от
26.04.2010г. по пункту _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись)

(инициалы, фамилия)

образец заявления

Главному врачу
Учреждения здравоохранения
"Осиповичский райЦГЭ"
Мукаловой Е.М.

З А Я В Л Е Н И Е

Заказчик: _____
(наименование, юридический адрес в соответствии с учредительными

_____ документами или ФИО, паспортные данные)

телефон _____

Просит _____

Дополнительная информация _____

Обязуется предоставить всю необходимую информацию, обеспечить отбор проб/образцов.

Гарантирует оплату выполненных работ/услуг.

« « _____ 200 г.

Подпись расшифровка подписи