**ЗАЯВКА НА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ОСМОТР СОТРУДНИКОВ**

(укажите наименование организации)

|  |  |
| --- | --- |
| Количество сотрудников, подлежащих профосмотру: |  |
| Предполагаемая форма заключения договора: | аукцион  конкурс  прямой договор |
| Потребность в вакцинации (опционально): | да  нет |
| Контактное лицо: |  |
| Телефон: |  |
| e-mail: |  |

*Мы ценим каждого клиента!*

*С уважением,*

*Заместитель главного врача по платным медицинским услугам*

[***Аюпова Илюза Ильдусовна***](http://gp5.msk.ru/specialists/info/administratciya/ayupova-ilyuza-ildusovna/)