Главному врачу

ОГАУЗ «ТФМЦ»

 Е.А. Крук

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность)

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

(название учреждения)

Заявка

Прошу Вас провести подготовку следующих сотрудников \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( название учреждения)

по программе «Туберкулинодиагностика, вакцинация БЦЖ (БЦЖ-М)»

 (нужное указать)

 с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (согласно графика)

Список сотрудников прилагается (№ п/п Ф.И.О. должность)

Оплату гарантируем.

Реквизиты учреждения прилагаются.

М.П. Подпись

 Контактный телефон

**Заявка подается не позднее 1 месяца до начала занятий в приемную главного врача по факсу: 51-42-98**