Главному врачу ГБУЗ РКПТД

 Ш.Э. Булатову

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

 (должность) (название учреждения)

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

 (ФИО)

ЗАЯВКА

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

 (название учреждения)

по программе «Проведение туберкулиновых проб, вакцинации и

ревакцинация против туберкулеза» с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (нужное указать) (согласно графика)

Список сотрудников прилагается (№ п/п Ф.И.О. должность, первичная/периодическая подготовка)

Оплату гарантируем.

Реквизиты учреждения прилагаются.

М.П. Подпись

 Контактный телефон

**Заявка подается не позднее 1 месяца до начала занятий в приемную главного врача UFA.RKPD@doctorrb.ru**