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**