|  |  |
| --- | --- |
|  *на бланке организации* | И.о. главного врачагосударственного автономногоучреждения здравоохранения«Клинический медицинский центр г. Читы»Л.В. Ананьевой672038, г. Чита, ул. Коханского, 6 |

**Заявка**

**на оказание медицинских услуг**

(при наличии заключенного договора - прописать его реквизиты)

1. Полное наименование юридического лица и реквизиты:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

2. Количество обследуемых человек:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Планируемая дата обследования: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Услуги:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Код услуги | Наименование услуги | Тариф за 1 единицу, руб. | Количествочел. |
| 4536 | Иммуноферментное выявление иммуноглобулиновкласса G к SARS-COV-2 | 1002,00 |  |
| 4537 | Иммуноферментное выявление иммуноглобулиновкласса к М SARS-COV-2 | 1002,00 |  |

5. Адрес места забора крови: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(- указывается* ***либо адрес и номер поликлинического подразделения КМЦ г. Читы****, в котором планируется осуществление забора крови,* ***либо адрес Заказчика,******в случае*** *осуществления забора крови по местонахождению Заказчика, в пределах городского округа «Город Чита»)*

*(- в случае забора крови за пределами городского округа «Город Чита» указать медицинское учреждение осуществляющее забор):*

6. ФИО и телефон контактного лица для обратной связи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (ФИО)