Приложение № 1 к договору публичной оферты

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование структурного подразделения, ответственного за принятие заявки:  Регистрационный номер  \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_г. | Главному врачу ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Иркутской области»  Безгодову И.В. |

Заявка

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О.)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

год рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу оказать следующие услуги (работы) (нужное отметить):

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование работы (услуги)** | **Стоимость одного исследования с учетом НДС** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Итого** |  |

Я, получил полную информацию о порядке оказания услуг (работ), даю свое согласие на

оказание мне платных услуг.

Я ознакомлен с действующим прейскурантом и оплатить стоимость оказываемой услуги (работы) согласен.

Я, даю согласие на обработку своих персональных данных, указанных в заявке к договору публичной оферты с использованием или без использования средств автоматизации в целях заключения и исполнения договора. Достоверность персональных данных подтверждаю.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)