Главному врачу ОГБУЗ «Городская больница г.

Костромы»

С.С. Савенкову

от

(ФИО физического лица /индивидуального предпринимателя /наименование

юридического лица)

адрес:

(адрес регистрации)

контактный телефон

Для юридических лиц:

ИНН КПП

р/с

БИК

к/с

ЗАЯВКА

Прошу провести обработку на площади м2.

(дератизационную / дезинсекционную/дезинфекционную)

Кратность обработок составляет

(разовая, квартальная систематическая)

Предполагаемая дата и время проведения обработки . Ответственным лицом,

контролирующее проведение обработки является .

(указать ФИО ответственного лица)

Гарантируем произвести оплату услуг в течении 10 дней с момента подписания акта выполненных работ.

(дата)

(Подпись М.П.)

(ФИО руководителя или ФЛ)