|  |  |
| --- | --- |
| *на бланке организации* | И.о. главного врача  государственного автономного  учреждения здравоохранения  «Клинический медицинский центр г. Читы»  Л.В. Ананьевой  672038, 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. | Количество  чел. |
| 4532 | Забор мазка на выявление **коронавирусной инфекции COVID 19** | 608,0 |  |
| 4533 | Тест-анализ на выявление **коронавирусной инфекции COVID 19** | 1925,0 |  |

4. Адрес места взятия мазка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указывается* ***либо******адрес и номер поликлинического подразделения КМЦ г. Читы****, в котором планируется осуществление забора мазка,* ***либо адрес Заказчика****,* ***в случае*** *осуществления забора мазка по местонахождению Заказчика)*

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

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

(подпись) (ФИО)