**Заявку на договор отправлять на электронный адрес zakup\_loevcrb@mail.gomel.by**

**Для заключения договора**

Главному врачу

УЗ «Лоевская центральная больница»

Гараеву Никите Ивановичу

О заключении договора

Просим заключить договор для прохождения обязательных медосмотров в соответствии с постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.07.2019 № 74 «О проведении обязательных и внеочередных медицинских осмотров работающих».

Подлежат обслуживанию сотрудники ***(перечислить структурные подразделения юридического лица):***

1. **Ресторан** (склад, магазин, салон красоты и т.д.) – расположенного в г.п. Лоев по ул. Филимонова, 1, тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **Строительная организация** - расположенная в г.п. Лоев по ул. Филимонова, 2. тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. **Предприятие, занимающиеся производством** (обслуживающее, оказывающие услуги) … - в г.п. Лоев по ул. Филимонова, 3, тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. и т.д.

Наши реквизиты:

|  |  |
| --- | --- |
| Полное юридическое наименование организации | *Учреждение здравоохранения «Лоевская центральная районная больница»* |
| Сокращенное наименование организации | *УЗ «Лоевская центральная районная больница»* |
| Юридический адрес | *247095,г.п. Лоев, ул. Шевелева,57* |
| Почтовый адрес | *247095,г.п. Лоев, ул. Шевелева,57* |
| Расчетный счет | *BY66AKBB36044220000133000000* |
| Наименование банка | *ЦБУ № 316 ф-ла №300 ГОУ ОАО «АСБ «Беларусбанк»*  |
| Код банка | *AKBBBY21300* |
| Адрес банка | *г.п. Лоев, ул. Ленина, д.25* |
| УНП | *400014228* |
| ОКПО | *02014822* |
| E-mail (для деловой переписки) | *post@loevcrb.by**,* *zakup\_loevcrb@mail.gomel.by* |
| Договор оформляется в лице:«должность, ФИО (полностью), действует на основании» | *Главного врача, Гараева Никиты Ивановича действующего на основании Устава* |
| Контакты:приемная экономистбухгалтерия юрисконсульт | *приемная:**тел/факс +375 02347 52144,* *post@loevcrb.by**+375 02347 50019**+375 02347 22037**+375 02347 22003,* *zakup\_loevcrb@mail.gomel.by* |

 Оплату гарантируем.

Руководитель Ф.И.О.

**Заявку на договор отправлять на электронный адрес urist@24gp.by**

**Для перезаключения договора**

Главному врачу

УП «24-ая городская поликлиника спецмедосмотров»

Жариковой Ирине Николаевне

О перезаключении договора

Просим перезаключить договор от (дата предыдущего договора) № договора на прохождение медицинского осмотра сроком на …….. года.

Остаток денежных средств по договору от (дата предыдущего договора) № договора просим зачесть в качестве аванса на вновь заключенный договор **ИЛИ** вернуть на р/с………………………………...

Подлежат обслуживанию сотрудники ***(перечислить структурные подразделения юридического лица):***

* 1. **Ресторан** (склад, магазин, салон красоты и т.д.) – расположенного в Первомайском районе по ул. Филимонова, 13, тел.: административно-территориальный район расположения по г. Минску указывать обязательно!
	2. **Строительная организация** - расположенная в Московском районе по ул. Рафиева, 101. тел.: административно-территориальный район расположения по г. Минску указывать обязательно!
	3. **Предприятие, занимающиеся производством** (обслуживающее, оказывающие услуги) … - расположенное в Минском районе, а.г. Колодищи, ул. Культурная. тел.: административно-территориальный район расположения по г. Минску указывать обязательно!
	4. и т.д.

**ДЛЯ БЮДЖЕТНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ** - Подлежит медицинскому осмотру… человек.

Наши реквизиты:

|  |  |
| --- | --- |
| Полное юридическое наименование организации | *Коммунальное унитарное предприятие «24-ая городская поликлиника спецмедосмотров»* |
| Сокращенное наименование организации | *УП «24-ая городская поликлиника спецмедосмотров»* |
| Юридический адрес | *220114, г. Минск, ул. Филимонова, 53, комната № 305* |
| Почтовый адрес | *220114, г. Минск, ул. Филимонова, 53, комната № 305* |
| Административный район  | *Первомайский, г.Минск* |
| Расчетный счет | *BY21BLBB30120100024552001001* |
| Наименование банка | *ОАО «Белинвестбанк»* |
| Код банка | *BLBBBY2X* |
| Адрес банка | *пр-т Машерова, 29* |
| УНП | *100024552* |
| ОКПО | *37386253* |
| E-mail (для деловой переписки) | *info@24gp.by* |
| E-mail (для получения списков лиц, прошедших медосмотр по договору) | *report@24gp.by* |
| Лицо, ответственное за прохождение медосмотра (ФИО, тел.):  | *Иванов А.А.* *+375 17 ХХХ ХХ ХХ* |
| Договор оформляется в лице:«должность, ФИО (полностью), действует на основании» | *Главного врача Жариковой Ирины Николаевны, действующего на основании Устава* |
| Контакты:приемная бухгалтерия юрисконсульттел / факс / e-mail | *приемная:**тел. +375 17 353 86 71**факс +375 17 272 69 62**бухгалтерия:**тел./факс +375 17 276 69 42**buch@24gp.by**юрисконсульт:**тел./факс +375 17 357 87 13**urist@24gp.by* |

 Оплату гарантируем.

Руководитель Ф.И.О.