ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ

о заключении договора

и выставлении счета

Главному врачу

ГУ «Ветковский районный центр гигиены и эпидемиологии»

Коржеву А.В..

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

для ИП − Ф.И.О., юридический адрес, телефон, УНН, № р/с, банк,

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

кем и когда выдано свидетельство; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

для юридических лиц – название, юридический адрес, телефон,

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

Ф.И.О. руководителя, № р/с, банк

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу заключить договор на осуществление административной процедуры в соответствии с п. \_\_\_ Единого перечня административных процедур, осуществляемых в отношении субъектов хозяйствования, утвержденным постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 24.09.2021 № 548 (*указывается объект экспертизы)*, и выставить счет для оплаты данных услуг.

Дата Подпись