**АНКЕТА – ЗАЯВЛЕНИЕ КОНТРАГЕНТА**

|  |  |
| --- | --- |
| **1. Полное наименование юридического лица (фамилия, имя, отчество индивидуального предпринимателя, № свидетельства, данные паспорта):** |  |
| **1.1. Сокращенное наименование юридического лица** |  |
| **2. Сведения о руководителях организации** *(должность,**фамилия, имя, отчество, действует на основании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  |  |
| **3. Предмет договора****(*указать тему образовательной программы)*** |  |
| **4. Количество человек** |  |
| **5. ИНН** *(указывается на основании свидетельства о постановке на учет налогового органа)* |  |
| **6. КПП** |  |
| **7. Юридический и почтовый адрес**  |  |
| **8. Местонахождение фактическое**  |  |
| **9. E-mail** |  |
| **10. Телефон/факс** |  |
| **11. Банковские реквизиты** |  |
| Наименование банка |  |
| Расчетный счет № |  |
| Корреспондентский счет № |  |
| Код БИК |   |
| **12. Контактное лицо (ФИО, номер телефона)*****(по вопросам оформления договора*)** |  |
| **13. Контактное лицо (ФИО, номер телефона)****(*по вопросам* *проведения предрейсовых (предсменных) медицинских осмотров*)** |  |
| **14. Дополнительная информация.** |  |
| ***(при наличии у медицинского работника документа о прохождении специальной подготовки по проведению медицинских осмотров указать дату его выдачи)*** |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

***М.П.***

дата: «\_\_\_» г.