

Вих. № _____ від _____

Директору КНП «Черкаська
міська консультативно-
діагностична поліклініка»
Свириденко В.І.
вул. В.Чорновола, буд.№ 9,
м. Черкаси, 18005

Просимо укласти договір на проведення періодичного (профілактичного)
медичного огляду працівників

_____ на 2019 рік.

(назва юридичної особи (ПІБ ФОП) повністю)

Про себе повідомляємо:

- юридична адреса _____
- адреса за якою проводиться діяльність _____
- вид діяльності _____
- телефон _____
- керівник _____
(посада, ПІП повністю)
- електронна адреса _____
(обов'язково вказати діючий актуальний email ! (використовується для розсилання інформаційних повідомлень)
- контакти особи _____
(вказати ПІБ. та телефон працівника, що займається укладанням договору)
- банківські реквізити:
р/р _____ в банку _____
МФО _____ ЄДРПОУ _____
ПІН _____

Система оподаткування: _____

Номер свідоцтва про реєстрацію платника ПДВ _____

Для ФОП:

Номер свідоцтва платника ЄП _____

Номер свідоцтва про реєстрацію ФОП _____

- кількість працівників що підлягають медичному огляду _____
Зобов'язуємося своєчасно оплачувати надані нам медичні послуги згідно з умовами договору.

У разі зміни юридичних, податкових та банківських реквізитів, телефонних номерів та адреси email зобов'язуємося негайно надсилати інформацію про такі зміни.

Відповідно до Закону України «Про захист персональних даних» надаємо КНП «ЧМКДП» однозначну беззастережну згоду (дозвіл) на обробку моїх персональних даних у письмовій та/або в електронній формі в обсязі, необхідному для забезпечення реалізації господарської діяльності КНП «ЧМКДП», податкових відносин та відносин у сфері бухгалтерського обліку.

Список осіб що підлягають медичному огляду додаємо на _____ аркушах.

(посада керівника)

(підпис, печатка)

(П.І.Б.)