|  |  |
| --- | --- |
| *Угловой штамп учреждения-заказчика* | И.о. начальника ГБУ РО МИАЦ»  Л.Ф.Дузь |

**Заявка**

***Наименование учреждения*****просит Вас изготовить следующие статистические сборники за 2015 – 2016 гг.:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование** | **Кол-во,**  **шт.** |
|  | Статистический сборник № 1 "Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Ростовской области в 2015 - 2016 годах" |  |
|  | Статистический сборник № 2 "Заболеваемость взрослого населения Ростовской области в 2015 - 2016 годах" |  |
|  | Статистический сборник № 3 "Здоровье детского населения Ростовской области в 2015 - 2016 годах (от 0 до 14 лет включительно)" |  |
|  | Статистический сборник № 4 "Здоровье детского населения Ростовской области в 2015 - 2016 годах (от 0 до 17 лет включительно)" |  |
|  | Статистический сборник № 5 "Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельности службы охраны детства и родовспоможения в Ростовской области в 2015 - 2016 годах" |  |
|  | Статистический сборник № 7 "Основные показатели деятельности терапевтической службы Ростовской области в 2015 - 2016 годах" |  |
|  | Статистический сборник № 8 "Основные показатели деятельности хирургической службы Ростовской области в 2015 - 2016 годах" |  |
|  | Статистический сборник № 9 "Заболеваемость лиц старше трудоспособного возраста Ростовской области в 2015 - 2016 годах" |  |
|  | Статистический сборник № 10 "Деятельность фельдшерско-акушерских пунктов Ростовской области в 2016 году" |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Главный врач  (начальник, директор) |  |  |  |
|  | (подпись) | **м.п.** | (расшифровка подписи) |
|  |  |  |
| Главный бухгалтер |  |  |
|  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

**Реквизиты заказчика:**

|  |  |
| --- | --- |
| Полное наименование медицинского учреждения: |  |
| Полное ФИО руководителя |  |
| На основании чего действует руководитель (устав, доверенность, приказ) |  |
| Адрес: |  |
| Телефон: |  |
| Банковские реквизиты  (лицевой счет, расчетный счет, ИНН, КПП, ОГРН и т.д.) |  |
| Федеральный закон для заключения договора  (44ФЗ либо 223 ФЗ) |  |
| Лицензия: |  |
| **e-mail:** |  |
| *Имя и контактный телефон исполнителя заявки:* |  |

***Внимание!*** *Обществам с ограниченной ответственностью необходимо предоставлять ксерокопию лицензии на осуществление медицинской деятельности.*