****

**Заявка**

**Вебінар16 липня 2025 року**

***Стандартизація, метрологія та сертифікація в закладах охорони здоров'я***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Організація: | | | | |
|  | (повна назва організації) | | | | |
| в особі: | | | |
|  | (посада, прізвище, ім’я, по батькові керівника) | | |
| що діє на підставі: | | | |
|  | (статуту, довіреності від ... № ... – вказати потрібне) | | |
| код ЄДРПОУ: | | | |
| адреса: | | | |
|  | (місцезнаходження та поштова адреса) | | |
| телефон, факс, e-mail: | | | |
| IBAN: | | | |
| Банк: | | | |
| ІПН: | | | |
| Статус платника податку: | | | |
| ( на яких умовах ) ПРОСИМО ВКЛЮЧИТИ ДО СКЛАДУ УЧАСНИКІВ: | | | |
| **Прізвище, ім'я, по батькові** | | **Посада** | **Номер телефону,** **e-mail** |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |

Керівник \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( підпис ) ( ПІБ ) ( дата )