****

**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 )