

к договору № \_\_\_\_\_

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 г.

**ЗАЯВКА**  
**на оказание платных услуг**

**Исполнитель:** Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тверской области «Тверская станция скорой медицинской помощи» (ГБУЗ ТО «ТССМП»)  
**Адрес:** 170100, Тверская область, г. Тверь, ул. Трехсвятская, д. 6  
**Тел./факс:** 45-21-28  
**Электронный адрес (e-mail):** scoraya-tvglav@yandex.ru

<b>Дата оформления заявки:</b>	
<b>Заказчик (Ф.И.О; дата рождения):</b>	
<b>Номер контактного телефона (с кем связываться на месте?):</b>	
<b>Реквизиты (на кого договор):</b>	Паспорт серия    номер Выдан (кем) Код подразделения Выдан (когда) Зарегистрирован (-а) по адресу
<b>Наименование услуги (нужное подчеркнуть):</b>	<u>Перевозка/дежурство</u>
<b>Срок оказания услуги (дата, время):</b>	
<b>Адрес назначения (откуда – куда, где):</b>	От: Куда:
<b>Данные больного (если дежурство – пропустить) :</b>	ФИО: Дата рождения: Диагноз: