

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

Дата оформления заявки:	
Наименование заказчика:	
Тел./факс:	
Юридический/почтовый адрес:	
Контактное лицо (представитель) / Тел.:	
Реквизиты:	
Наименование услуги (перевозка/дежурство):	
Срок оказания услуги (дата, время):	
Адрес назначения (от куда; куда):	
ФИО больного, состояние, диагноз (если дежурство заполнять не надо):	