

На ремонт/монтаж/КТС МИ
в АО «МЕДТЕХНИКА»
от « » 20 г.

В _____
(наименование лечебного учреждения)

Наименование МИ	Модель (марка) МИ	Наименование изготовителя (производителя)	Год выпуска	Зав. №	Инв. №	Место размещения
1	2	3	4	5	6	7

Место нахождения (почтовый адрес) _____
(почтовый индекс, населенный пункт, улица, № дома, № телефона, факса, e-mail)

(код ОКПО, ОКВЭД, ОГРН)

Оплату за оказанные услуги гарантирую.

М.П.

Руководитель _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)
 Ответственный
 за мед. оборудование _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)