Приложение

к Заявлению о присоединении

Реестр медицинских организаций, оказывающих медицинские услуги работникам Заказчика

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование медицинской организации | ИНН | КПП |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Должность И.О. Фамилия