**ФИРМЕННЫЙ БЛАНК ОРГАНИЗАЦИИ**

Главному врачу

 Брестского областного

 ЦГЭиОЗ

 Ильяшевой Е.В.

Исх.№ \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_

Заявление

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование организации)

просит провести обучение специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО, должность)

по отбору проб на лабораторные исследования (указать какие).

Оплату гарантируем.

Счет для оплаты на факс/эл. почту \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Директор (руководитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (ФИО)

Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (контактный номер телефона) (ФИО)