ОФОРМЛЯЕТСЯ НА ОФИЦИАЛЬНОМ БЛАНКЕ

ПРОФСОЮЗНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

**Заявка**

**на организацию бесплатной комплексной диагностики**

**в Благотворительном диагностическом медицинском центре**

**женского здоровья «Белая роза»**

(наименование профсоюзной организации)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ФИО полностью | Контактный телефон | Дата рождения(число, месяц, год) | Отметка об ознакомлении с правилами внутреннего распорядка для пациенток в АНО «Медицинский центр «Белая роза» |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Ответственное лицо за список, информирование женщин: (указать ФИО, контактный телефон)

**Председатель**

**профсоюзной организации ФИО**