

.....
(Pieczęćka firmy)

**Dyrektor SPZOZ
w Mińsku Mazowieckim
ul. Szpitalna 37
05-300 Mińsk Mazowiecki
Dział rozliczeń i organizacji
świadczeń medycznych
fax: 25 759 21 91
tel. :25 506 51 24**

.....
(Nazwa firmy)

.....
prosi o zawarcie umowy na pełną opiekę profilaktyczną*, profilaktyczno-leczniczą* naszych pracowników na czas określony* od do

Niżej przedstawiamy potrzebne dane naszej firmy:

- zatrudnienie ogółem

w tym:

-

obejmująca:

- zatrudnienie kobiet

- zatrudnienie młodocianych

- Numer identyfikacyjny NIP:

- REGON:

- PKD:

- Telefon/fax:/.....

- Adres e-mail:

Należność za powyższe będziemy regulowali przelewem po otrzymaniu faktury VAT

* - niepotrzebne skreślić.

.....
(podpis)