Бланк заказа
на вакцинацию против клещевого энцефалита
в центре иммунопрофилактики
МО «Новая больница»

г. Екатеринбург, ул. Заводская 29, т/ф. 246-35-18(19)
м.т. 8-9222-03-17-47., e-mail: cip1@newhospital.ru, privivki@newhospital.ru
сайт: www.newhospital.ru

Название вакцин	**Количество человек** (**не менее 10 чел**., иное - согласовывается дополнительно)	**Согласованная стоимость** (за вакцинацию 1 человека)
1. **Клещ-Э-вак(Москва, Россия) 870 руб.** 2. **«ВПКЭ» (Москва, Россия) 850 руб.**	**1**_____ **2**_____	**1**_____ **2**_____

Название Вашей организации:	
Телефон: **Факс:**	
Контактное лицо:	
Адрес:	
Банковские реквизиты: (при безналичной форме расчёта)	ИНН_____ КПП_____ Р/С_____ К/С_____ БИК_____ ОКОНХ_____ ОКПО_____

Форма оказания услуги: (нужное обвести)	**Выезд в организацию** (транспорт предоставляется Заказчиком, если иное – согласовывается дополнительно)	**В центре иммунопрофилактики** (просьба предоставить списки)

Условия оказания услуги:

- **Время выезда бригады из Центра иммунопрофилактики** (врач-иммунолог и медсестра) согласовывается заранее по телефону ЦИП **246-35-18(19)**, **м.т. 8-9222-03-17-47**

- **Просьба заранее сообщить номер машины вашей организации** для проезда по территории больницы за бригадой.

- **Для проведения вакцинации необходимо предоставить:** чистое, хорошо проветренное помещение, стол и стулья.