

ІНФОРМАЦІЯ ПРО ЗАКЛАД ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Повне найменування

медичного закладу (підприємства) _____

Кому підпорядковується _____

(ГУОЗ чи МОЗ)

Ідентифікаційний код

(по ЕДРПОУ) _____

Індивідуальний податковий № _____

МФО _____

Розрахунковий рахунок № _____

в _____

Свідоцтво платника ПДВ № _____

від " _____ " _____

р.

Організаційно-правова форма _____

Форма фінансування _____

(бюджет, госпрозрахунок, за рахунок членських внесків, змішана)

Платник податку

на прибуток _____

(є платником податку на прибуток, не є платником податку на прибуток, є платником єдиного податку та інше)

Керівник медичного закладу

(підприємства) _____

(прізвище, ім'я, по-батькові)

посада керівника _____

Телефон службовий _____

Головний бухгалтер _____

(прізвище, ім'я, по-батькові)

Телефон службовий _____

Юридична адреса _____

Відповідальний виконавець _____

(прізвище, ім'я, по-батькові, посада)

Керівник закладу охорони здоров'я

Телефон службовий _____

Факс _____ Е-mail _____

М. П.