

Поставщику: ООО «Эксперт-Дентал» ИНН 6950049982

Адрес: 170001 г.Тверь, ул.Бакунина,13, помещение XVI

От Покупателя: _____

Адрес: _____

Заявка на анестезирующие препараты

Дата заявления: _____ Контактное лицо: _____

Контактный телефон Покупателя: _____

Электронный адрес Покупателя: _____

Прошу выставить счет:

№ п/п	Наименование	Ед.изм.	Количество	Комментарий

Информация о Вашей организации в ИС «Маркировка» (Честный знак)

Наименование организации	
ИНН/КПП	
ОГРН	
Генеральный директор	
Лицензия на фарм.деятельность (номер, дата)	
Контактное лицо в Вашей клинике по вопросам взаимодействия в МДЛП	
Идентификатор ФИАС места деятельности	
Адрес места деятельности	
Регистрационный номер участника в личном кабинете промышленного контура	
Идентификатор места деятельности в личном кабинете промышленного контура	

ПОКУПАТЕЛЬ:

Должность _____

ФИО _____