|  |
| --- |
| И.о. генерального директора |
| АО «Автоспецбаза» |
| Волкову Л.П. |
| от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| эл. почта: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Уважаемый Леонид Павлович!

Прошу заключить договор на \_\_\_ год на оказание услуг прохождения предрейсового и послерейсового медицинского осмотра водителей\* согласно следующему перечню:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Ф.И.О. водителей | Год рождения | Закрепленный, а/м (марка, модель) | Гос. номер |
|  |  |  |  |  |

Получение Заказчиком закрывающих документов будет осуществляться путем:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Электронный документооборот, Оператор ЭДО (*указать оператора*) |
|  | Получение в офисе Исполнителя |

**Приложение**: Копия водительского удостоверения.

Дата

Руководитель (должность) ФИО

Предрейсовые медицинские осмотры проводятся с 06.00 до 09.30.

Послерейсовые медицинские осмотры проводятся с 18.00 до 20.00

Исполнитель