 **РЕГИСТРАЦИОННАЯ ЗАЯВКА**

**Всероссийский конкурс (Реестр) в сфере науки медицины и здравоохранения**

 **«Лидеры здравоохранения – 2022 год»**

*Заполняется руководителем учреждения*

**1. Наименование учреждения** ……………………………………,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,…………………………………………………………………………………………………

Полный адрес ( ) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 (страна, индекс, город, улица, дом)

………………………………………………………………………..………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Телефоны ( ) ……………………………………… E-mail: …………………………………………….. Сайт: ………………………………………………………………………………

ФИО руководителя …………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………...

Занимаемая должность ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ФИО Контактного лица ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………

Телефон Контактного лица ( ) ………………………………………………..…….. E-mail: …………………………………………………………………………………………….

**2. Просим оказать услуги:** по обработке персональных данных, и изготовлению Сертификата Лауреата всероссийского конкурса (Реестра) **«Лидеры здравоохранения – 2022 год»**, Почётный нагрудный знак отличия «Лучший медицинский работник России», дизайнерские и полиграфические работы в следующем количестве (нужное отметить)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Наименование  | Стоимость руб. | Отметить |
| 1. | **Сертификат участника Реестра - на учреждение** | 9 850 |  |
| 2. | Почётный нагрудный знак отличия **«Лучший медицинский работник России»** - Свидетельство к знаку(ФИО, должность) | 6 500 |  |

 **3. Дополнительная возможность:**

Представитькпоощрению Почётным нагрудным знаком отличия «Лучший медицинский работник России» (Свидетельство, удостоверение к знаку) лучших сотрудников во вверенном мне учреждении (количество сотрудников определяет руководитель).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Почётный нагрудный знак отличия «Лучший медицинский работник России»** |  |
| 1. | (ФИО, должность)  | 6 500 |
| 2. | (ФИО, должность) | 6 500 |
| 3. | (ФИО, должность) | 6 500 |
| **Итого:** |  |

**4. Оплату выбранных позиций гарантируем**: - перечислением по безналичному расчету на Р/счет организатора (**вместе с заявкой просим высылать Ваши реквизиты в формате word).**

• На основании данной заявки будет подготовлен и выслан пакет документов договор, счет, акт на оплату услуг и регистрационного взноса.

Заполненную Заявку следует отправить по адресу: best.medik@mail.ru

***Информация для справок 8(831)423-08-73***