

Главному врачу ГУ «Рыбницкий ЦГиЭ»
Тизул А.В.

(фамилия, имя, отчество)

(адрес)

(телефон)

З А Я В Л Е Н И Е

**Прошу провести санитарно-гигиеническое обследование и
согласовать место размещения площадки по ТБО**

(наименование объекта)

(Расположение объекта)

Оплату гарантирую

Дата

Подпись

Главному врачу ГУ «Рыбницкий ЦГиЭ»
Тизул А.В.

(фамилия, имя, отчество)

(адрес)

(телефон)

З А Я В Л Е Н И Е

**Прошу провести санитарно-гигиеническое обследование и
согласовать место размещения площадки по ТБО**

(наименование объекта)

(Расположение объекта)

Оплату гарантирую

Дата

Подпись

