**Форма листа**

*(на бланку Заявника/представника Заявника)*

# **Директору**

# **Державного експертного**

# **центру МОЗ України**

*Щодо перезаліку коштів*

*з попередньої оплати*

Заявник\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ звертається з проханням

*(Назва підприємства)*

провести перезалік коштів з рахунку-специфікації попередньої оплати від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на рахунок-специфікацію від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (препарат\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, процедура (КВ/СП) № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) на суму\_\_\_\_\_\_грн. (доларів США, євро).

Посада підпис П.І.Б.

Контактна інформація:

Виконавець\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_