**Заявка на поставку 1С:КП Медицина УЗ**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Заполняется учебным заведением** |
| **Код партнера учебного заведения** |  |
| **Название образовательной организации** |  |
| **ИНН образовательной организации** |  |
| **Город** |  |
| **Адрес** |  |
| **Контактное лицо, ответственное за оформление поставки****1С:КП Медицина УЗ** |  |
| **e-mail контактного лица, ответственного****за оформление поставки****1С:КП Медицина УЗ** |  |
| **Регистрационные номера продуктов, используемых****в учебном процессе (отметить используемые программные****продукты линейки 1С:Медицина и****перечислить все регистрационные****номера программных продуктов)** |     **1C:Медицина. Больница. Электронная поставка****для обучения в высших и средних учебных заведениях**    **1С:Медицина. Больничная аптека. Электронная поставка****для обучения в высших и средних учебных заведениях** |
| **Месяц начала  поставок 1С:КП Медицина УЗ****(начала действия лицензии)** |  |
| **Дата заполнения заявки** |  |
| **Фамилия, имя, отчество,****должность лица, подписавшего заявку** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ФИО/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/должность/ |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/подпись/ |   |
|                 М.П. На время действия эпидемиологической ситуации в 2020 г. возможно предоставление заявки не в виде скана с печатью, а в формате .**doc**. с официальной электронной почты УЗ |   |
|   |