*Бланк підприємства\**

Директору

ДУ «Український науково-дослідний

інститут медичної реабілітації

та курортології МОЗ України»

д-ру мед. наук, професору

Бабову К.Д.

 Пров. Лермонтовський, 6, м. Одеса, 65014

Просимо здійснити фізико-хімічний аналіз підземної води зі джерела (свердловини) № *(за паспортом)*, розташованих за адресою: *(область, район, місто (село), вулиця)*, для визначення можливості їх практичного використання.

 Оплату гарантуємо.

 Директор ПІБ

*Обов’язково вказати прізвище, ім’я, по батькові, телефони співробітника, який безпосередньо буде займатись цим питанням.*

 *Підписаний лист, завірений печаткою направляється поштою на адресу інституту, скан-копія листа - на електрону адресу інституту:* ***mrik.odessa@gmail.com***

*\* Якщо замовник фізична особа необхідно приложити копію паспорту та ідентифікаційного коду*