

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3
ИНФОРМАЦИЯ ЗА ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ

1. Информация за Възложителя

Три имена:	ЕГН/ЕЧН:
Адрес по лична карта:	
Адрес по местоживеене (за кореспонденция):	
Телефони, e-mail:	

2. Информация за лекаря/ите и/или лечебното заведение където ще се извърши пробовземането на мастната тъкан

Лекар който ще извърши пробовземането на ЕМТ: Три имена и специалност:
Телефони, e-mail:

Лечебно заведение, където е планирано да бъде извършено пробовземането: Наименование:
Адрес:
Телефони, e-mail:

Планирана дата на пробовземането:	Друга информация свързана с пробовземането:
-----------------------------------	---

Декларирам за верността на попълнената информация!

ВЪЗЛОЖИТЕЛЯ се задължава съгласно чл. 21 от Договора при каквато и да е промяна в информацията в т. 1 от настоящето приложение, да уведоми ИЗПЪЛНИТЕЛЯ в срок до 20 (двадесет) дни за промяната в писмен вид на адреса на управление на дружеството и чрез e-mail на адрес info@bulgen.com.

ВЪЗЛОЖИТЕЛ: