

**ЗАЯВКА
НА РЕГИСТРАЦИЮ В ОБЛАЧНОМ СЕРВИСЕ «Аpico-Медицина»**

Заполнение и отправка данной Заявки является подтверждением безоговорочного принятия Заказчиком Договора-оферты на право использования программного обеспечения.

Заявка должна быть отправлена на электронный адрес исполнителя
apico.marketing@gmail.com в срок, не позднее 3 календарных дней с даты подписания.

Исполнитель услуги обязуется не разглашать сведения, полученные от заказчика!

• ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Полное наименование: _____

Краткое наименование: _____

Юридический адрес: _____

Фактический адрес: _____

Контактные номера телефонов: _____

УНП: _____ ОКПО: _____

Наименования органа, осуществившего регистрацию юр. лица: _____

Дата регистрации: _____ Номер решения о регистрации: _____

• СВЕДЕНИЯ ОБ АДМИНИСТРАЦИИ

Должность руководителя: _____

ФИО Руководителя: _____

• УПРАВЛЕНИЕ И БЕЗОПАСНОСТЬ

ДОВЕРЕННЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА: _____

ДОВЕРЕННЫЙ E-MAIL: _____

• БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ

ВIC: _____ IBAN: _____

Наименование банка _____ Адрес банка _____

• КОЛИЧЕСТВО РАБОЧИХ МЕСТ

Требуемое количество рабочих мест BACK-OFFICE: _____

Требуемое количество рабочих мест FRONT-OFFICE: _____

Требуемое количество мобильных приложений: _____

• ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ

Подписывая данную Заявку, представитель организации, заполнивший Заявку на оказание услуги, принимает на себя ответственность за полноту и достоверность предоставленной информации.

Дата подписания:

число

месяц

год

(Должность)

(Подпись)

(И.О. Фамилия)