Общество с ограниченной ответственностью «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» (ООО «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»)

Адрес: 352000 Краснодарский край, г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, д. \_\_, оф. \_\_,

ИНН/КПП \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Запрос на проверку подлинности листка нетрудоспособности

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «12» февраля 2017 г.

ООО «\_\_\_\_\_\_\_\_\_» в лице директора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующей на основании Устава, просит вас подтвердить подлинность листка нетрудоспособности № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_, выданного \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ вашим медучреждением.

Ответ просьба направить по адресу: г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ул. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, д. \_\_\_\_, оф. \_\_\_\_.

Приложение: копия листка нетрудоспособности № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Директор ООО «\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(краткое наименование фирмы) (подпись) (расшифровка подписи)