*На бланке организации/индивидуального предпринимателя*

 *или необходимо заполнить строки ниже*

ИП/ООО «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» По месту требования

ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(адрес организации)*

СПРАВКА

подтверждающая деятельность предприятия в период

санитарно-эпидемиологических мероприятий

 Дана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в том, что (он) она

 *(ФИО сотрудника)*

является сотрудником ИП/ООО «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_», которое относится к

числу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 *(например, аптечных организаций*).

Адрес места проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места осуществления деятельности:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ продолжают работать в период

 *(например, аптечные организации*).

с 01.04.2020 в соответствии с постановлением мэрии города Череповца Вологодской области №1404 от 01.04.2020 года

 Рабочие дни \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в указанный период приходятся на «\_\_\_.\_\_\_.2020,

 *(ФИО сотрудника)*

\_\_.\_\_\_.2020, \_\_\_\_.\_\_\_\_\_.2020. Время работы – с \_\_\_\_- \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_. Перерыв на обед – с \_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_.

 Достоверность сведений, содержащихся в настоящей справке может быть проверена по номеру телефона:

Директор *подпись* /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 МП

«\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.