|  |  |
| --- | --- |
| № исх.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Главному врачу ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Хабаровском крае» |
|  | Ю.А.Гарбузу |
| Заявитель: |
|  |
| (полное или сокращенное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя; физическое лицо: Ф.И.О. полностью) |
| ИНН/КПП: |
| Юридический адрес: |
|  |
| Фактический адрес: |
|  |
| В лице: |
| (Ф.И.О. руководителя полностью, должность) |
| Действующего на основании: |

(устава, доверенности, иных документов)

Заявление

|  |
| --- |
| Прошу заключить договор и провести лабораторные исследования, испытания |
| (вид измерений, показатели исследований, производственный контроль, декларация соответствия, иные цели) |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Кто осуществляет отбор проб: |
| Инструктаж исполнителя по отбору проб: |
| Оплату за выполненную работу согласно договора гарантируем. |
| Банковские реквизиты: |
|  |
|  |

Заявитель проинформирован:

-о конфиденциальности полученной информации;

-о беспристрастности и независимости оказания услуг;

-о сроках исполнения;

- об имеющихся возможностях и ресурсах лабораторий;

-обязуюсь предоставить все необходимые для проведения испытаний образцы (пробы) и документы, с правилами отбора, хранения и доставки образцов ознакомлен;

- образцы продукции не хранятся и возврату не подлежат.

Предложенные методы по проведению исследований испытаний (измерений) мною согласованы и меня удовлетворяют.

Оставляю право выбора оптимального метода исследований испытаний (измерений) за испытательным лабораторным центром ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Хабаровском крае». Выражаю согласие на обработку своих персональных данных, указанных в настоящем заявлении или ставших известными в ходе проведения экспертизы, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

К заявлению прилагается вся необходимая документация и информация (\_\_\_листов):

|  |
| --- |
| 1. |
| 2. |
| 3. |

Подпись руководителя предприятия (ИП, физического лица)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 Расшифровка подписи

Печать

|  |
| --- |
| Анализ заявления проведен и согласован |
| Исполнитель: |  |

**Контактное лицо (Фамилия, имя, отчество; телефон)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_**