|  |  |
| --- | --- |
| № исх.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Главному врачу ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Хабаровском крае» |
|  | Ю.А. Гарбузу |

|  |
| --- |
| Наименование заявителя: |
|  |
| (юридическое лицо, индивидуальный предприниматель, физическое лицо) |
| ИНН/КПП: |
| Юридический адрес: |
|  |
| E-mail: |
| Фактический адрес: |
|  |
| В лице: |
| (Ф.И.О. руководителя полностью, должность) |
| Действующего на основании: |

(устава, доверенности, иных документов)

Заявление

|  |
| --- |
| Просит оказать услугу-проведение санитарно-эпидемиологического обследования судов в целях получения судового санитарного свидетельства на право плавания |
| (указать перечень судов) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Оплату за выполненную работу согласно договора гарантируем. |
| Банковские реквизиты: |
|  |
|  |

Заявитель проинформирован:

-о конфиденциальности полученной информации;

-о беспристрастности и независимости оказания услуг;

-о сроках исполнения;

-о наличии технических, трудовых, информационных и других ресурсов для проведения санитарно-эпидемиологических экспертиз;

-заявитель предупрежден о возможности выдачи ему экспертного заключения о несоответствии государственным санитарно-эпидемиологическим правилам и нормативам (отрицательное заключение).

Предложенные методы и процедуры инспекции по проведению оценки соответствия мною согласованы и меня удовлетворяют.

Оставляю право выбора оптимального метода и процедуры инспекции за Органом инспекции 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. |
| 4. |

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

 Расшифровка подписи

Печать

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

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