Код формы: код: Ф.ОИ.02.12.03.2022

Главному врачу филиала ФБУЗ

«ЦГиЭ в ХМАО – Югре в г. Сургуте

 в Сургутском районе, в г Когалыме»

 А.Д. Халиуллину

*ЗАЯВЛЕНИЕ*

на проведение санитарно-эпидемиологической экспертизы соответствия/несоответствия санитарным правилам факторов среды обитания, условий деятельности юридических лиц, граждан, в том числе индивидуальных предпринимателей, а также используемых ими территорий, зданий, строений, сооружений, помещений, оборудования и иного имущества, которые предполагается использовать для осуществления хозяйственной деятельности:

в рамках предоставления государственной услуги в целях выдачи санитарно-эпидемиологического заключения (приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 5 ноября 2020 г. N 747 «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по предоставлению государственной услуги по выдаче санитарно-эпидемиологических заключений на основании результатов санитарно-эпидемиологических экспертиз, расследований, обследований, исследований, испытаний, токсикологических, гигиенических и иных видов оценок соблюдения санитарно-эпидемиологических и гигиенических требований»).

 для прочих целей.

Наименование заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(юридический адрес, телефон, факс)

В лице\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ф.и.о. руководителя, должность)

просит заключить договор возмездного характера на проведение санитарно-эпидемиологической экспертизы материалов и обследования объекта:

 в целях определения соответствия (несоответствия) санитарно-гигиеническим требованиям, установленных в технических регламентах, государственных санитарно-эпидемиологических правилах и нормативах объекта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование объекта, фактический адрес объекта)

 для получения санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии (несоответствии) санитарно-гигиеническим требованиям, установленных в технических регламентах, государственных санитарно-эпидемиологических правилах и нормативах условий осуществления следующих видов деятельности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать вид деятельности)

 на объекте:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фактический адрес осуществления деятельности, объекта, работы, услуги)

с проведением обследования(й), лабораторно-инструментальных исследований (испытаний), измерений (перечислить, указать количество)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Объект исследований (испытаний) | Производитель | Исследуемые показатели | Нормативный документ/Методы контроля |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Заявитель обязуется предоставить полный пакет документов в формате .pdf и на бумажном носителе и пробы (образцы).

**При отборе проб заявителем:**

- ответственность за качество проведения отбора проб (образцов) несет заявитель.

**Заявитель ознакомлен с:**

- методами исследований (испытаний) и областью аккредитации;

- порядком и условиями проведения исследований (испытаний);

- прейскурантом цен.

Право выбора методов проведения исследований, инспекции (в том числе проведения оценки на соответствие санитарно-эпидемиологическому законодательству) оставляю за Органом инспекции, ИЛЦ.

**Уведомлен о проведении инспекции за рамками аттестата аккредитации (в случае отсутствия НД в области аккредитации ОИ):**

Да Нет

**Возможность привлечения субподрядных организаций:** Да Нет

**Уведомлён о размещении результатов инспекции в личном кабинете ОИ Федеральной государственной информационной системе Федеральной службы по аккредитации:**

**ДА Нет**

Пробы (Образцы), принятые на лабораторные исследования (испытания) подлежат уничтожению и возврат не предусмотрен.

С порядком, размером и основанием взимания платы за предоставление услуги, а также с безвозмездным характером представления услуг в целях федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, лицензирования, социально-гигиенического мониторингав рамках предоставления государственной услуги в целях выдачи санитарно-эпидемиологического заключения ознакомлен (Ф.И.О. ответственного представителя): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, телефон, факс)

*Заявитель обязуется выполнять все условия проведения санитарно-эпидемиологической экспертизы материалов, лабораторно-инструментальных исследований, испытаний (измерений) и оплатить все расходы, связанные с проведением ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в ХМАО-Югре» всех работ, указанных в настоящем заявлении.*

*Реквизиты заявителя:*

ИНН

КПП

Виды деятельности (ОКОНХ)

Вид деятельности по отрасли (ОКПО)

Наименование банка в городе

Банковский идентификационный код (БИК)

Расчетный счет Корреспондирующий счет

Заявитель признает, что данные, указанные в данном заявлении, являются достоверными. В случае несоответствия их действительности Заявитель обязуется оплатить ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в ХМАО-Югре» расходы, связанные с повторной выдачей результатов, работ с внесением новых исправленных данных, касающихся наименования юридического лица или ИП, адреса, ИНН, наименования продукции, работ, услуг, в отношении которых проводились работы.

Стоимость, сроки и другие дополнительные условия выполнения работ согласовываются на стадии заключения договора. Все изменения подлежат обязательному согласованию обеими сторонами.

К заявлению прилагаются (документы или копии в на электронном и бумажном носителях)

(перечень документов определен приказом ФБУЗ «ЦГиЭ в ХМАО-Югре № 175 от 27.11.2012г.)

1.

2.

3.

**Заявитель ознакомлен с:**

- методами исследований (испытаний) и областью аккредитации;

- порядком и условиями проведения исследований (испытаний);

- прейскурантом цен.

Примечание: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ФИО должность |  | МП подпись |

Анализ заявки проведен и согласован */ /*

**Договор № от**