Главному врачу ФБУЗ

 «ЦГиЭ в ХМАО-Югре»

Козловой И.И.

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**НА ПРОВЕДЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЙ (Испытаний) ПРОБ (ОБРАЗЦОВ)**

**(Код формы:Ф.02.19.07.2019, Издание №1)**

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

 (наименование юридического лица, или Ф.И.О. гражданина, адрес, телефон, e-mail)

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

в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Фамилия, имя, отчество, должность – для юридического лица)

**просит провести лабораторные исследования (испытания):**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Цель проведения исследований | Отметить «V» | Нормирующий документ |
| Производственный контроль |  |  |
| Личные цели |  |  |

Заявитель обязуется предоставить при необходимости дополнительные документы и пробы (образцы).

**Отбор проб (образцов) осуществляется:** самостоятельно специалистами ИЛЦ

При самостоятельном отборе проб 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.

**Оставляю право выбора оптимального метода/методики исследований проб за Испытательным Лабораторным Центром:** Да Нет

**Требуется ли указание фактического значения (содержания) определяемого показателя:**

Да Нет

**Возможность привлечения субподрядных организаций:** Да Нет

**Оформление Гигиенической оценки/Заключения на соответствие/несоответствие требованиям или техническим условиям:**

 Требуется Не требуется

**Передать результаты исследований:** лично в руки простым письмом по факсу/эл.почте

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

**К заявке прилагаются:**

1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Оплату гарантирую.

Я своей волей и в своем интересе даю согласие на обработку ФБУЗ «ЦГиЭ в ХМАО-Югре» (далее Центр) моих персональных данных, указанных мною в настоящем Заявлении и (или) ставших известных в результате исполнения настоящего Заявления, совершаемую с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование и передачу (предоставление), обезличивание, блокирование,удаление, уничтожение в целях осуществления Центром деятельности в соответствии с уставом.

Представитель предприятия (Заявитель) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

 « \_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г.

Заявление принято «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_\_г., зарегистрировано в журнале под №\_\_\_\_\_\_.

Анализ заявки проведен и согласован:

Лицо, ответственное за работу

 с потребителем услуг: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

 « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ г.