Приложение №7 СОП 3.3.2015.126 изд.2( 2020)

|  |  |
| --- | --- |
| К исполнению:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ***И.о. главного врача Раменского филиала ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Московской области»*** |
| (подпись) (расшифровка подписи) | ***О.В.Тепловой*** |

**Заявление**

**на заключение договора** **на проведение лабораторных исследований, измерений**

**Заявитель**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О гражданина, индивидуального предпринимателя, наименование юридического лица)

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

юридический адрес

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_фактический адрес объекта

**ИНН** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **КПП** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**ОГРН**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

банковские реквизиты организации-заявителя, телефон, эл. адрес

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

**действующего на основании (Устава/доверенности)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Контактное лицо, телефон, E-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Просит заключить договор на проведение лабораторных исследований, измерений с целью :**

**производственный контроль, личные цели, лицензирование, контроль СЗЗ, прочее ( указать)**

**(нужное подчеркнуть)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***На соответствие требованиям ( указать нормирующий документ)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**Объект исследования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**План отбора проб, проведения исследований (измерений)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Показатель** | **Кол-во за один отбор** | **Кратность в год** | **Примечание**  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Отбор проб производится осуществляется :** **Заявителем / Специалистом Раменского филиала ФБУЗ «ЦГиЭ МО»****Транспорт предоставляется: Заявителем / Раменским филиалом ФБУЗ «ЦГиЭ МО»****К заявлению прилагаются документы (при наличии):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| 1 |  С методиками проведения исследований ( измерений) ознакомлен. Согласен на выбор специалистами Раменского филиала оптимального метода исследований ( измерений) | ДА/НЕТ |
| 2 |  С планом и сроками проведения работ ознакомлен | ДА /НЕТ |
| **3** | Согласен на проведение работ вне области аккредитации в случае отклонений от методики исследований | ДА/НЕТ |
| 4 | Прошу включить в протокол лабораторных исследований нормативы (ПДК) в виде справочной информации | ДА/НЕТ |
| 5 | Я делегирую ИЛЦ право передать протокол лабораторных исследований в орган инспекции Раменского филиала ФБУЗ ЦГиЭ в МО  | ДА/НЕТ |
| 6 | Даю согласие на обработку персональных данных и размещение их в системе ФГИС «Россаккредитация» в рамках действующего законодательства. | ДА/НЕТ |

***Заявитель ( представитель заявителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ФИО , подпись, печать***

|  |
| --- |
| ***Заявка принята «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021г. Учтено в журнале под №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_******Анализ заявки проведен. Заявка согласована. Документ принят \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО, подпись*** |