|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | Вход. № 67-20/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_ «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.  Подпись регистратора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |   Для исполнения (кому)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Ф. И. О. руководителя структурного подразделения/ ответственного исполнителя)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись руководителя учреждения  Отписана\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ф. И. О. ответственного исполнителя  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | Главному врачу ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Смоленской области»  Е.Г. Майоровой | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ЗАЯВКА** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Заказчик | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (наименование юридического лица (ЮЛ), индивидуального предпринимателя (ИП), ФИО физического лица) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| в лице | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ФИО, должность, полномочия: (Устав, доверенность №\_\_\_\_ от \_\_\_\_, Приказ №\_\_\_от \_\_\_\_\_) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Реквизиты Заказчика: | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Адрес юридического/ физического лица | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ИНН / КПП | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ОГРН | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Эл. почта | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| или | |  | | *реквизиты прилагаются* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ф.И.О., должность, номер телефона контактного лица: | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***просит оказать следующие виды услуг (работ):*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. |  | лабораторные исследования (испытания) и измерения | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (наименование объекта: вода, почва, пищевые продукты, смывы, физические факторы: шум, микроклимат, радиологические показатели и т.д.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| на объекте | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| по адресу | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. |  | санитарно-эпидемиологическую экспертизу проектной и иной документации | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (указать наименование документации) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. |  | санитарно-эпидемиологическое обследование в отношении объекта | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (указать вид деятельности, наименование объекта) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| по адресу (по месту осуществления деятельности) | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. |  | иное (расшифровать) | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Необходима экспертная оценка результатов лабораторных испытаний: да | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | или нет | | | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Отбор проб и оформление акта отбора: поручаю ФБУЗ | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | или произведён заказчиком | | | | | | | | | | | |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Испытательный лабораторный центр (ИЛЦ) не несет ответственности за отбор и доставку  проб (образцов) Заказчиком. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Есть возможность доставки специалиста по оказанию услуги (выполнения работ) транспортом | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| заказчика: да | | | | | | |  | или нет | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Заказчик ознакомлен с**:   * областью аккредитации и сроками проведения исследований (испытаний), инспекций   перечнем документов, необходимым для проведения заявленных услуг;   * правилами отбора и необходимым количеством образцов для проведения исследований (испытаний), порядком, условиями и сроками доставки, ответственностью за их соблюдение.   **Заказчик проинформирован**:   * о неразглашении конфиденциальной информации о полученных результатах ФБУЗ   (за исключением требований законодательства).  **Заказчик согласен на:**   * на обработку персональных данных, в связи с передачей данных во ФГИС Росаккредитации; * выбор методов исследований (испытаний), измерений, инспекций в соответствии с действующей областью аккредитации, поручаю ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Смоленской области» (в случае выбора методов исследований, испытаний и измерений, инспекций заказчиком, ФБУЗ информирует заказчика о приемлемости /неприемлемости или актуальности / неактуальности методов). * на выдачу актов отбора проб/актов проведения измерений в упрощенном виде. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Оплату гарантирую.** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Заказчик** | | |  | | | | | | | | | |  |  | | | | | | |  |  | | | | | 20 | |  | | | | г. | | |
|  | | | ФИО | | | | | | | | | |  | подпись | | | | | | |  |  | | | | |  | |  | | | |  | | |
| М.П | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Заполняется специалистом ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Смоленской области»** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| АНАЛИЗ ЗАЯВКИ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Смоленской области» имеет необходимые ресурсы и методы для оказания услуг в соответствии с действующей областью аккредитации. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | |  | | | |  | | | |
| Да | |  | | | / Нет | | | |  | | |  |
|  | |  | | |  | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Заявку принял (а), анализ заявки проведен: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Подпись специалиста ОИ** | | | | | | | | | | | | | | | **Подпись специалиста ИЛЦ\*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| подпись ФИО | | | | | | | | | | | | | | | подпись ФИО | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Дополнительные сведения: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

\* заполняется только при проведении лабораторных исследований (испытаний) и измерений

Приложение к договору (контракту) №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Счет №\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование работ (услуг) | Количество |
| **1** | **2** | **3** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |