**Приложение 1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Договор № \_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.  Информация об оплате\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. |  | Главному врачу  ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии  в Амурской области»  Ф.И.О. |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заявитель: |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | (Ф.И.О. гражданина, индивидуального предпринимателя; наименование юридического лица) | | | | | | |
| Почтовый адрес физ. лица/юридический адрес: | | | |  | | | | | | | |
| Фактический адрес: | | |  | | | | | | | | |
| ОГРН | | |  | | | | | ИНН | |  | |
| Объект (наименование/адрес): | | | | | | |  | | | | |
| Контактные данные: | | телефон | | | |  | | | e-mail | |  |

Лабораторные исследования/измерения проводятся с целью:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Сертификация |  | Декларирование | | |  | Государственная регистрация | | |  | Производственный контроль | | |  | Личная цель | | |  |  | |  |
| Инспекционный контроль | | |  | Продление срока годности | | |  | Динамическое наблюдение | | |  |  | | |  |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| На соответствие требованиям: |  |

Таблица 1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Объект (предмет) исследования и/или исследуемый материал | Виды лабораторных исследований  (исследуемые показатели) | Оставляю право выбора оптимального метода исследований, измерений   |  |  | | --- | --- | | образцов за ИЛЦ |  | | Количество исследуемых проб |
| |  |  | | --- | --- | | По выбору |  | |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Отбор проб (образцов) для исследования осуществлять: | | | | | | | | | | |
| 1 | Образец (пробу) предоставлю лично | |  |
| 2 | Специалистами ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Амурской области» | | | | | |  |
| 3 | На транспорте ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Амурской области» (с возмещением транспортных расходов) да | | | | | | | |  |
|  | нет | | | | | | | |  |
| II. | | Инструментальные исследования согласно таблице 2 | | |  |

Таблица 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Виды инструментальных измерений | Место проведения измерений | Источник воздействия физических факторов (заполняется при необходимости, в случае если источник известен) |
|  |  |  |

Перечень документов, прилагаемых к заявлению:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Необходимость согласования: | Отсутствует |  | Необходимо согласовать |  |  |
| Суть согласования: | | | | | |
| Ознакомлен и согласен с изменением по заявлению:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (дата) (подпись) | | | | | |

Уважаемый заказчик! Уведомляем Вас:

- о возможности несовпадения наименования определяемого показателя в протоколах лабораторных исследований/измерений с прейскурантом цен (в прейскуранте цен показатель указан согласно документа, по которому проводится нормирование, а в протоколе лабораторных исследований/измерений в соответствии с областью аккредитации испытательного лабораторного центра ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Амурской области».

- о том, что информация о протоколах лабораторных исследований/измерений, передается согласно законодательным документам (в соответствии с Приказом Министерства экономического развития РФ №704 от 24.10.2020 г.) в Федеральную службу по аккредитации: сведения о выданных протоколах лабораторных исследований/измерений; сведения об объекте исследования/измерения; сведения о лице, обратившемся в ИЛЦ с целью проведения лабораторных исследований/измерений; скан протокола лабораторных исследований/измерений.

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

(должность уполномоченного лица) (подпись) (Фамилия И.О\*.)

М.П.\*

Подпись лица, принявшего заявление: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись лица, проводившего анализ заявления: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* - при наличии