|  |  |
| --- | --- |
| **Регистрационный №**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_\_г.**Договор №**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. | Главному врачуФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Пермском крае» *(главному врачу филиала)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ф.И.О. |

**Заявление**

**Прошу**

 *указать вид работ/услуг, наименование объекта испытаний, вид исследований, показатели, цель*

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

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

**Заявитель:**

*наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя, ФИО гражданина*

Юридический адрес /адрес регистрации

Почтовый адрес (при несовпадении с юр.адресом)

Фактический адрес осуществления деятельности (работ, услуг) (при несовпадении с юр.адресом)

ИНН КПП ОГРН

**Руководитель или уполномоченное лицо ответственное за подписание договора:**

**ФИО** **Должность** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Телефон** Действует на основании\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес электронной почты

[ ]  К заявлению прилагаются (документы или копии):

 Право выбора оптимального метода исследований, испытаний, измерений оставляю за ИЛЦ Исполнителя (*либо указать предлагаемые заявителем методы)*

 Право выбора оптимального метода инспекции оставляю за органом инспекции Исполнителя *(либо указать предлагаемый заявителем метод инспекции)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Прошу вернуть образцы продукции после окончания исследований (*за исключением скоропортящихся и подвергшихся разрушающим методам воздействия, а также образцов из лабораторий микробиологического профиля).*

[ ]  Согласен на проведение Органом инспекции Исполнителя резервного копирования представленных проектных материалов

[ ]  Согласен на обработку персональных данных (*заполняется физическими лицами на основании Федерального закона РФ № 152-ФЗ от 27.07.2006г. «О персональных данных»*)

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

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

 **должность, ФИО МП подпись**

*Заполняется в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Пермском крае»*

**Анализ заявки проведен и согласован** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 подпись ФИО дата