### Главному врачу

ФБУЗ «Центр гигиены

и эпидемиологии

В Забайкальском крае»

Туранову А.О.

**от**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

полное наименование организации для ЮЛ, ИП, для физ.лиц ФИО

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

ФИО руководителя полностью, должность

**действующего на основании**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Устава, доверенности № дата

**Юридический адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_

(место жительства для граждан и ИП)

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

Контактное лицо (Ф.И.О.)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ на заключение договора

Прошу заключить договор сроком на один год на исследования, измерения перечисленные

в приложении к заявлению.

**Объекте на котором будут проводиться работы**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**расположен по адресу**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Отбор проб осуществляется**

|  |  |
| --- | --- |
| * Заявителем. | * Специалистом ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Забайкальском крае» с оформлением акта (протокола) отбора проб. |

**Работы проводятся в целях:**

|  |  |
| --- | --- |
| * Санитарно-эпидемиологических исследований, испытаний | * Лицензирование |
| * Производственного контроля | * Продление сроков годности |
| * Личных целей | * Другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Заключение к результатам лабораторных исследований/испытаний:**

|  |  |
| --- | --- |
| * Оформлять | * Не оформлять |

*Выражаю свое согласие на обработку ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Забайкальском крае» (далее Оператор) моих персональных данных, указанных мною в настоящем заявлении, ставших известных Оператору в результате осуществления деятельности в соответствии с Уставом*

**Заявка согласована**.

**Заявитель (представитель заявителя)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Анализ заявления проведен.

ИЛЦ располагает возможностями проведения испытаний на заявленные показатели.

Сотрудник ОДОиРЗ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО, подпись

|  |
| --- |
| ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Забайкальском крае». Отдел работы с заказчиками.  Заявка принята «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_2021г. Учтено в журнале под №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Анализ заявки проведен. Заявка согласована. Документ принят \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО, подпись |

Ф ДП 02-19.4-01-2020