|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Главному врачу Филиала ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Московской области»****В городах Пущино, Серпухов,** **Серпуховском, Чеховском районах****Хреновой З.Н.** |

**З А Я В Л Е Н И Е № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ года**

**на проведение лабораторных ИСПЫТАНИЙ (исследований) и измерений**

|  |  |
| --- | --- |
| Заявитель |  |
|  | наименование ЮЛ (ИП) / ФИО |
| Адрес: |  |
|  | юридический адрес / место регистрации |
| Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ИНН: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| В лице |  |
|  | ФИО и должность руководителя ЮЛ (ИП) |
| **просит** (нужное отметить)провести лабораторные испытания (исследования) и измерения выдать протокол лабораторных испытаний провести отбор образцов (проб) выдать экспертное заключение по результатам испытаний (исследований) и измерений **в том числе по показателям согласно Направления на договор** (нужное отметить): |
| Сан-химия |  | Радиология |  | Паразитология |  | ГМО (ПЦР) |  |
| Бактериология |  | Физ. факторы |  | Вирусология |  |  |  |

**Место(а) отбора проб (проведения измерений):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Цель проведения испытаний (исследований) и измерений:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| лицензирование |  | внутренний контроль |  |
| санитарно-эпидемиологическое заключение |  | производственныйконтроль |  |

 |
| прочее\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **При проведении лабораторных испытаний (исследований) и измерений прошу учесть следующее:**При необходимости согласен на выполнение работ вне ОА ИЛЦ (без ссылки в протоколах лабораторных испытаний на Уникальный номер записи об аккредитации в реестре аккредитованных лиц):  *ДА  НЕТ* Автотранспорт для транспортировки сотрудников ИЛЦ, оборудования для проведения испытаний (исследований) и измерений, а так же отбора проб на место проведения работ и обратно, в том числе доставка проб в ИЛЦ, предоставляется:  *ЗАЯВИТЕЛЕМ  ИСПОЛНИТЕЛЕМ*  |

|  |
| --- |
| Необходимость возврата образцов (проб) после проведения испытаний (исследований)(нужное отметить):*ДА  НЕТ*  |

Ответственность за отбор образцов (проб) (нужное отметить): *ВОЗЛОЖИТЬ НА СОТРУДНИКОВ ИЛЦ *

 *ОСТАВЛЯЮ ЗА СОБОЙ (СВОИМ ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ) *

***При отборе образцов (проб) заявителем (его представителем), он несет полную ответственность за отбор и доставку образца (пробы), а так же предоставленные документы и сведения.***

Право выбора оптимальных методов отбора образцов (проб) и методик проведения испытаний (исследований) и измерений оставляю за Испытательным Лабораторным Центром(нужное отметить):*ДА  НЕТ* 

Для проведения отбора образцов (проб) и испытаний (исследований) и измерений прошу использовать методы:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Исследуемый показатель | Методика выполнения испытаний (исследований) и измерений (НД) | Погрешность/неопределенностьметода | НД на метод отбора образцов/проб (его необходимость) | Сроки выполнения испытаний (исследований) и измерений |
|  |  |  |  |  |

При необходимости получение и передачу результатов лабораторных испытаний (исследований) и измерений для дальнейшей выдачи экспертного заключения доверяю сотрудникам филиала ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Московской области» в городах Пущино, Серпухов, Серпуховском, Чеховском районах.

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_ год

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

 Подпись заявителя

|  |  |
| --- | --- |
| ! | **Заявитель ознакомлен и согласен с:** - порядком и условиями проведения испытаний (исследований) и измерений, - порядком информирования в случае возникновения в процессе выполнения работ по договору отклонений от достигнутых договоренностей,- примерными сроками выполнения работ, - методами испытаний (исследований) и измерений и областью аккредитации ИЛЦ, - прейскурантом цен на проведение работ и услуг по договорам и заявкам. Претензий к стоимости работ/услуг не имеет,- порядком получения результатов лабораторных испытаний (исследований) и измерений,- влиянием изменений особенностей образцов (проб) на достоверность и точность результатов лабораторных испытаний (исследований) и измерений,- информацией о невозможности ИЛЦ принятия решения о предоставлении в протоколах лабораторных испытаний заключений о соответствии спецификации или стандарту (предельно допустимые уровни, значения, концентрации, регламентирующие параметры и характеристики),- информацией о передаче результатов испытаний (исследований) и измерений в государственные органы в случае выявления у потребительской продукции, находящейся в обращении, свойств, представляющих любую опасность для жизни и здоровья потребителей. |

|  |
| --- |
| Выражаю свое согласие на обработку своих персональных данных и размещении их в базах данных ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Московской области» (региональной, федеральной базах данных). Персональные данные содержат информацию, указанную  в настоящем  заявлении и ставшую известной филиалу ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Московской области» в городах Пущино, Серпухов, Серпуховском, Чеховском районах в результате осуществления филиалом лабораторной деятельности. **Оплату  гарантирую.** |

Заявитель (представитель заявителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Должность, ФИО Подпись заявителя

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. МП

заполняется сотрудниками филиала ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Московской области» в городах Пущино, Серпухов, Серпуховском, Чеховском районах

**АНАЛИЗ ЗАЯВЛЕНИЯ**

*Все графы заявления заполнены в полном объеме и оформлены правильно.*

Специалист ОПРиКП ИЛЦ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

 ФИО подпись

*Заявление направить:*  *РУКОВОДИТЕЛЮ ИЛЦ*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 

Главный врач филиала ФБУЗ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

 ФИО подпись

*ИЛЦ располагает:* Необходимым компетентным персоналом 

 Необходимыми материальными ресурсами и техническими возможностями

 Необходимой оснащенностью и доступностью к НД 

*Анализ заявления проведен. Конфликт интересов отсутствует. Заявление ПРИНЯТО / НЕ ПРИНЯТО для проведения работ. Необходимость привлечения субподрядных организаций: ЕСТЬ / ОТСУТСТВУЕТ*

*Проведение работ вне ОА ИЛЦ: ТРЕБУЕТСЯ / НЕ ТРЕБУЕТСЯ*

Руководитель ИЛЦ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

 ФИО Подпись

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

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

**Филиал Федерального бюджетного учреждения здравоохранения "Центр гигиены и эпидемиологии в Московской области" в городах Пущино, Серпухов, Серпуховском, Чеховском районах**

**(ИНН: 5029081629 / КПП: 504302001)**

**Направление на договор к ЗАЯВЛЕНИЮ № \_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ г.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование объекта исследования (измерения) | Наименованиеработ / услуг | Единицаизмерения | Количество |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Заявитель (представитель заявителя) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Должность, ФИО Подпись заявителя

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. МП