|  |  |
| --- | --- |
| На бланке организации | **И.о. главного врача****ФБУЗ ФЦГиЭ Роспотребнадзора** **В.Г. Сенниковой** |
| Дата № |  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

 на проведение работ по сертификации в «Системе добровольной сертификации персонала испытательных лабораторий (центров) и экспертов в области оценки выполнения санитарно-эпидемиологических требований»

Наименование организации-заявителя *(полное в соответствии с Уставом)*:

Наименование организации-заявителя *(сокращенное)*:

\*Руководитель организации-заявителя *(должность, ФИО)*:

Телефон, электронный адрес, факс:

Юридический адрес:

Почтовый адрес:

Банковские реквизиты:

ИНН:

КПП:

БИК:

Лицевой счет:

Расчетный счет:

Наименование банка:

\*\*Способ заключения договора:

Контактное лицо *(ФИО полностью)*:

Телефон, электронный адрес, факс контактного лица:

Прошу Вас провести сертификацию специалистов, экспертов – *(ФИО полностью),* по направлениям *(указать).*

Заявитель ознакомлен с правилами проведения сертификации специалистов, экспертов. Заявитель гарантирует оплату.

Руководитель организации-заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО

 мп (подпись)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО

 (подпись)

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

\* Для филиалов ФБУЗ дополнительно представить копию доверенности на Главного врача филиала.

\*\* Указать в случае заключения договора путем госзакупок.

Заявка оформляется на официальном бланке организации заявителя. Все поля обязательны для заполнения. Заявки без подписи и печати не рассматриваются!