|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ФБУ «Тюменский ЦСМ»  ИАЛ «Тюмень-тест»  625034, г. Тюмень, ул. Камчатская, д.201, строение 8  тел: (3452) 59-29-08  e-mail: scheglova@csm72.ru |
| Дата поступления заявки: |
| «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г |

**ЗАЯВКА**

на оказание услуг (проведение лабораторных испытаний)

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование заказчика (фамилия, инициалы): | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Почтовый адрес: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование пробы (образца) | Вид исследования (показатели) | НД на методику испытаний |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Право выбора метода испытаний оставляю за исполнителем ДА/НЕТ *(нужное подчеркнуть)*

Цель испытаний: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Необходимость предоставления мнений и интерпретаций \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Необходимость предоставления нормируемых значений определяемых показателей ДА/НЕТ *(нужное подчеркнуть)*

НД, устанавливающий требования к нормируемым значениям: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дополнительные требования к протоколу испытаний *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Отметка о необходимости *(нужное подчеркнуть)*:

счет/договор

отправка скан-копии протокола на эл.почту ДА/НЕТ, эл.почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

отправка оригинала протокола (-ов) испытаний почтой России ДА/НЕТ, почтовый адрес \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактное лицо по заявке:

ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон, эл. почта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявитель:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| дата |  | подпись |  | расшифровка подписи |

Я\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ даю согласие ФБУ «Тюменский ЦСМ» на обработку персональных данных в целях использования для передачи сведений в ФГИС Росаккредитации.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_