|  |  |
| --- | --- |
| **НА БЛАНКЕ ОРГАНИЗАЦИИ** | **Главный врач****ФБУЗ ФЦГиЭ Роспотребнадзора** **В.Ю. Ананьев** |
| Дата № |  |

ЗАЯВЛЕНИЕ[[1]](#footnote-1)

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

1. Просим Вас провести сертификацию следующих специалистов, экспертов (кандидатов в эксперты) *ПОЛНОЕ НАИМЕНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ* (*сокращенное название организации*) в Системе добровольной сертификации персонала испытательных лабораторий (центров) и экспертов в области оценки выполнения санитарно-эпидемиологических требований.

Сведения о специалисте(ах), эксперте(ах) (кандидате в эксперты) с указанием номера, даты выдачи предыдущего сертификата (при наличии):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****п/п** | **Фамилия имя отчество эксперта** | **Образование** | **Должность** | **Область сертификации** | **Номер сертификата (при наличии)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |

**2. Полное и сокращенное наименование и место нахождения организации-заявителя** *(в соответствии с Уставом)*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Адрес (юридический и фактический): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, факс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, http:// \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Основной государственный регистрационный номер:** ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Руководитель организации-заявителя *(должность, ФИО)[[2]](#footnote-2)*:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**5. Банковские реквизиты:**

ИНН

КПП:

БИК:

Лицевой счет:

Расчетный счет:

Наименование банка:

Способ заключения договора[[3]](#footnote-3):

Контактное лицо *(ФИО полностью)*:

Телефон, электронный адрес, факс контактного лица:

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

Приложение на \_\_\_\_ листах в 1 экз.

Руководитель организации-заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.О. Фамилия

МП (подпись)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.О. Фамилия

 (подпись)

1. Заявка оформляется на официальном бланке организации заявителя. Все поля обязательны для заполнения. Заявки без подписи и печати не рассматриваются! [↑](#footnote-ref-1)
2. Для филиалов ФБУЗ дополнительно представить копию доверенности на Главного врача филиала [↑](#footnote-ref-2)
3. Указать в случае заключения договора путем госзакупок [↑](#footnote-ref-3)