В.о. генерального директора

ДУ «Одеський обласний центр

контролю та профілактики

хвороб МОЗ України»

Гончарову В.О.

від \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(назва підприємства або ФОП)*

*(адреса, номер контактного телефон)*

З А Я В А

 Прошу Вас провести лабораторні (або інструментальні) дослідження для отримання протоколів випробування згідно ДСТУ ISO/IEC 17025:2017\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(назва та кількість зразків/досліджень; вказати необхідність тлумачення результатів випробування )*

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

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

Оплату згідно виставленого рахунку гарантую.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(дата) (підпис)*

ФСУ-4.4/04

***Примітка:***

1. *Для юридичних осіб заява оформлюється на фірмовому бланку з додатком наступних копій:*

*- свідоцтво про державну реєстрацію;*

*- свідоцтво про реєстрацію платника податку (єдинимй внесок або ПДВ);*

*- повні банківськи реквізити.*

 *2. Для фізичних осіб – копія паспорта та ідентифікаційного коду.*