Главному врачу

Лидского зонального ЦГЭ

Садовской Е.В.

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

**для юридических лиц, фирм и организаций**

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

**УНП дата и место регистрации, юридический адрес, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**телефон**

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу провести испытания (измерения) \_\_радиационное обследование здания, помещения, территории (земельного участка)

по объекту:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование объекта испытаний)

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

на соответствие требованиям (с выдачей заключения/без выдачи заключения)

ГН № 37 от 25.01.2021.

(перечень ТНПА)

по следующим показателям (нужное подчеркнуть)

мощность дозы гамма-излучения

Методом (наименование ТНПА)\_исполнитель (Лидский зональный ЦГЭ) самостоятельно определяет методы испытаний в соответствии с областью аккредитации/вне области аккредитации

Оплату гарантируем.

**С областью аккредитации ЛО Лидского зонального ЦГЭ ознакомлен. Заказчик выражает согласие на проведение исследований по показателям вне области аккредитации.**

**В ходе испытаний образцы могут быть подвержены разрушающему контролю.**

**Возврат остатков образцов требуется/не требуется (нужное подчеркнуть).**

**ЛО заключений не выдаёт. Заключение по результатам испытаний (при необходимости) выдают специалисты отдела гигиены/эпидемиологии.**

«\_\_\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заявителя)