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) поверхностных вод\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_в количестве проб\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (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) цветность, взвешенные вещества, водородный показатель /рН/, растворённый кислород, БПК5, сухой остаток, железо, хлориды, сульфаты, аммиак и ионы аммония, нитраты, нитриты, нефтепродукты, медь, свинец, цинк, кобальт, марганец, никель, хром, кадмий, фосфаты, термотолерантные колиформные бактерии. общие колиформные бактерии, колифаги, цисты лямблий, яйца гельминтов, личиночные стадии гельминтов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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)