**АКТ №**

**ОТБОРА ОБРАЗЦОВ (ПРОБ**)

**« \_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024г**

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

 *(наименование заявителя, юридический адрес, тел./факс)*

**Мною,** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(фамилия, имя, отчество исполнителя)*

**на основании**  производственного лабораторного контроля

**отобраны образцы (пробы**): стерильный инструмент, предназначенный для услуг, связанных с нарушением целостности кожного покрова или слизистой оболочки потребителя (маникюр, педикюр, пирсинг, татуаж)

 *(наименование продукции)*

**с целью контроля на соответствие требованиям:** СанПин «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию и эксплуатации объектов по оказанию бытовых услуг», утв. Постановления МЗ РБ от 15.02.2023г. №33

 *(наименование технических нормативных правовых актов)*

**Отбор образцов (проб) произведен в соответствии с требованиями:** Инструкция 4.2.10-22-1-2006;  *(наименование технических нормативных правовых актов)*

**Дата, время отбора и доставки в лабораторию:** отбор произведен \_\_\_ и проба доставлена \_\_\_

**Условия транспортировки**: автотранспорт (в опломбированном виде)

**Дополнительные сведения**: место проведения испытаний - микробиологическая лаборатория Лидского зонального ЦГЭ.  *(место проведения испытания и др. информация)*

**Примечание**\*:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование образцов (проб)  | Кол-во | дата стерилизации |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |

**Результаты внешнего осмотра**: видимые дефекты образцов отсутствуют,

**Упаковка:** :пробирки.

**Особые отметки**: -

С областью аккредитации ЛО Лидского зонального ЦГЭ ознакомлен.

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

*(наименование должности исполнителя) (подпись) (инициалы, фамилия)*