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) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование объекта испытаний)

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

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

(перечень ТНПА)

по следующим показателям \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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 зон ЦГЭ» ознакомлен. Заказчик выражает согласие с тем, что в случае проведения измерений (испытаний) вне области аккредитации лабораторного отдела, заказчику предоставляется протокол испытаний (измерений) без ссылки на аттестат аккредитации лабораторного отдела Лидского зонального ЦГЭ. ЛО при проведении испытаний образцов продукции использует методы испытаний согласно области аккредитации. Методы испытаний, выбранные испытательной лабораторией, согласованы с заказчиком. Представленное в протоколе испытаний заключение о соответствии/несоответствии испытываемых образцов техническим требованиям или стандарту формулируется в соответствии с правилом принятия решения: *бинарное правило Простая приемка*; *бинарное правило с защитной полосой*; *выдача результатов испытаний без заключения о соответствии/несоответствии испытываемых образцов техническим требованиям или стандарту*; *правило принятия решения, предложенное заказчиком* (нужное подчеркнуть). Если правило принятия решения не установлено заказчиком, правилами или нормативными документами, исполнитель руководствуется алгоритмом применения правила принятия решения, установленным в лабораторном отделе. ЛО заключений не выдаёт. Заключение по результатам испытаний (при необходимости) выдают специалисты отдела гигиены/эпидемиологии Указание значения расширенной неопределенности в протоколе испытаний по результатам исследований *не требуется/требуется* (нужное подчеркнуть). В ходе испытаний образцы могут быть подвержены разрушающему контролю. Возврат остатков образцов требуется/не требуется (нужное подчеркнуть). ЛО не несет ответственность за отбор образцов предоставленных на испытания.**

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

 (подпись заявителя)

Исполнитель ФИО

Телефон