Форма Б17а

**ЗАЯВКА**

(на бланке заявителя)

Руководителю

испытательной лаборатории

«Бетта»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Кузмичевой Е.М.

Уважаемая Екатерина Михайловна!

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Полное и сокращенное наименование юридического лица

в лице Генерального директора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующей на основании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, просит провести токсикологические исследования образца изделия (\_\_\_\_\_\_)

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

**Н**аименование изделия, тип, марка (с указанием принадлежностей, необходимых для применения)

производства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование организации производителя, место производства, страна

Вид медицинского изделия в соответствии с номенклатурной классификацией медицинских изделий \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , класс потенциального риска применения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ИНФОРМАЦИЯ ПО ИСПЫТАНИЯМ:**

Цель испытаний (регистрация, декларирование, сертификация, периодические испытания и т.д.)

Методы испытаний \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

строка не заполняется, в случае выбора методов испытаний испытательной лабораторией и/или отметка о согласии, если метод устарел.

Показатели \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Указание неопределенности измерений по требованию заказчика  да  нет

Выдача заключений по результатам испытаний  да  нет

Возможность согласования субподряда  да  нет

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Медицинское изделие/компонент медицинского изделия | Материалы, имеющие контакт с организмом человека | Вид и продолжительность контакта |
|  |  |  |

Протокол просим оформить на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Полное и сокращенное наименование юридического лица

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Юридический адрес, телефон, e-mail

ИНН/КПП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ОКПО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Оплату гарантируем.

Наши реквизиты:

**Организация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Юридический адрес**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ОГРН** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ИНН/КПП**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Расчетный счет**

**Корреспондентский счёт**

**БИК**

**Ф.И.О руководителя** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись

**Анализ заявки проведен и согласован**

Руководитель

Испытательной лаборатории «Бетта»  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Ф.И.О.