|  |  |
| --- | --- |
| ЗАЯВЛЕНИЕ  «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ | Главному врачу  УЗ «Могилевский областной  центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»  Саковичу М.Н.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (фамилия, имя, отчество полностью)  Гражданство:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Паспортные данные: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (серия, номер паспорта, кем выдан и дата выдачи)  Контактный тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Прошу провести лабораторные испытания \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по определению следующих

(наименование продукции/объектов исследований) показателей:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата отбора | \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_г. | время отбора | \_\_\_\_ч. \_\_\_\_мин. |
| Дата доставки | \_\_\_\_.\_\_\_\_.20\_\_\_г. | время доставки | \_\_\_\_ч. \_\_\_\_мин. |

Место отбора\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Количество образца (пробы), упаковка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Выбор методик проведения испытаний (нужное отметить):

* оставляю за исполнителем\*
* оставляю за собой (перечень прилагается)

*\* Перечень методик, включенных в область аккредитации и используемых Исполнителем, размещен на официальном сайте* [*https://mcge.by*](https://mcge.by) *в разделе «Услуги»*

Протокол испытаний прошу выдать (направить):

* на бумажном носителе в \_\_\_\_\_\_\_\_\_-х экземплярах:

лично в руки;  письмом (указать адрес)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(почтовый адрес)

* в формате PDF по электронной почте:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес электронной почты)

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с условиями публичной оферты на оказание санитарно-эпидемиологических услуг на платной основе, размещенных на официальном сайте УЗ «Могилевский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» [*https://mcge.by*](https://mcge.by) в разделе «Услуги», а также со стоимостью оказываемых услуг.

Оплату обязуюсь произвести в соответствии с условиями публичной оферты и Прейскурантом, утвержденным приказом главного врача УЗ «Могилевский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» на день оказания услуг.

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

(Подпись) (Расшифровка подписи)