Ф 17 ДП ОИ 03.11

|  |  |
| --- | --- |
|  | Главному врачу ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Краснодарском крае»  |

**Заявление
на проведение инспекционной деятельности продукции**

**Заявитель** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование юридического лица, Ф.И.О. индивидуального предпринимателя)

**в лице** (для ЮЛ и ИП)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. и должность руководителя)

**Юридический адрес** (для физических лиц - регистрация по месту жительства):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Фактический адрес**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Номер телефона, факса\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Контактное лицо \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Прошу провести:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Санитарно-эпидемиологическую экспертизу продукции |  |  |  |  | Калькуляция |
| Проведение лабораторных и инструментальных исследований и испытаний |  |  |  |  |  |
| Для иных целей (указать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |  |

**в отношении** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование продукции с указанием товарного знака (при его наличии) и ее название, код ТН ВЭДТС)

**Изготовитель:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование организации, ФИО индивидуального предпринимателя, почтовый адрес; наименование, страна происхождения и юридический адрес организации-производителя и поставщика импортной продукции)

**Дополнительные сведения:\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявитель соглашается с тем, что работы и услуги будут проводиться после получения** 1) оплаты согласно договора (при необходимости), 2) копии договора, подписанного Заказчиком (при необходимости), 3) полного пакета необходимые материалов и документов.

**Я ознакомлен с областью аккредитации ОИ и согласен** с методами, применяемыми на объекте инспекции для подтверждения соответствия

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ФИО подпись

Сроки выполнения работы органа инспекции составляют не более 30 рабочих дней. Я согласен со сроками выполнения работ органа инспекции \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ФИО подпись

**В случае получения пакета документов по доверенности Заявитель поручает** выполнять все действия от имени Заявителя, связанные с проведением консультации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование организации; ФИО и паспортные данные поверенного)

Перечень приложенных необходимых документов и материалов указан в «Перечне документов для проведения инспекции».

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Анализ заявки проведен. Заявка согласована с заявителем. **ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 |