|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Директору РУП «Молодечненский ЦСМС»  Колчину А. В. | | | |
| от |  | | |
| наименование организации | | |
| в лице |  | | |
| должность, ФИО полностью | | |
| УНП | |  | |
|  | | |  |
|  | | | |
| тел. |  | | |
| e-mail |  | | |

Заявление от ­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

дата

|  |  |
| --- | --- |
| Просим |  |
|  | провести исследования (испытания), прочее |
| Сведения о образцах: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование образцов проверяемой продукци | Показатели | Количество образцов |
| 1 |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Изготовитель:** |  | | | | |
| наименование фирмы-изготовителя продукции, страна | | | | | |
| **для контроля на соответствие требованиям:** | | | | | |
| ТР ТС ( №, п/п) | | | |  | |
| Единым санитарным требованиям, Раздел № | | | | **---** | |
| Постановление № 52 (№ п/п) | | | | **---** | |
| Прочее (ТНПА): | | | | --- | |
| **В целях (выделить необходимое)** | | | | | |
| Декларирования | | | + | |  |
| Сертификации | | |  | |  |
| Производственного контроля | | |  | |  |
| **и выдать итоговый документ:** | | Протокол испытаний в 3-х экземплярах | | | |
| Оплата производится в соответствии с договором № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Представитель предприятия  мп \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись  **Примечание:** При проведении испытаний будут использованы методы, указанные в области аккредитации отдела испытаний., при несогласии с применяемыми методиками Заказчик должен в течении 5 (пяти) рабочих сообщить об этом, путём отправки официального письма в адрес отдела испытания РУП «Молодечненский ЦСМС», при неполучении такого письма методы считаются согласованными. | | | | | |

**Анализ ресурсов отдела испытаний** (заполняется представителе отдела испытаний) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Наименование критериев** | **ДА** | **НЕТ** |
| Наличие СИ и ИО (поверено, аттестовано, откалибровано) |  |  |
| Наличие квалифицированного и обученного персонала |  |  |
| Соответствие области аккредитации |  |  |
| Возможность подтверждение качества проводимых испытаний |  |  |
| Вывод (если отказ – указать причину) |  |  |
| возможно проведения заявляемых работ (да) |  |  |
| возможно проведение заявляемых работ (нет): указать причину |  |  |
| Должность и ФИО, проводившего анализ:  Начальник отдела испытаний Казакевич Т.Н.  Зам.начальника отдела испытаний Сурвилло О.Л. | Подпись | Дата |
|  |  |