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