|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| БЛАНК ОРГАНИЗАЦИИ- Заказчика | | Главному врачу ГБУЗ ЯО «ОКБ»  М.Ю.Осипову  150062, г. Ярославль , ул. Яковлевская , д. 7 | |
|  | |  | |

**ЗАЯВКА на проведение лабораторных (инструментальных) исследований, измерений** аккредитованной лаборатории ГБУЗ ЯО «Областная клиническая больница»

№\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

|  |  |
| --- | --- |
| Анализ заявки проведен менеджером по качеству испытательной лаборатории:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ О.В.Одинцова  «\_\_\_\_» 202\_\_\_\_г. Отметка о регистрации | Согласовано: Руководитель аккредитованной лаборатории ГБУЗ ЯО «ОКБ» Жигулин М.Ю.  «\_\_\_\_» 202\_\_\_\_г. |

Заказчик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя или фамилия гражданина)

в лице: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О., должность руководителя ЮЛ (ИП) или его представителя

номер телефона/факс ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_КПП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

контактное лицо : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

юридический адрес:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фактический адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу Вас заключить договор (*подготовить КП*) и оказать услуги по контролю эксплуатационных параметров рентгенодиагностических аппаратов:

1. Тип аппарата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(назначение)

Номер аппарата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Год выпуска:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Количество рентгеновских блоков (трубок): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место эксплуатации аппарата по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_отделение (этаж)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_кабинет №\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 … *Необходимо заполнение по каждому рентгеновскому аппарату*

Предполагаемые сроки заключения договора (месяц, квартал) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_ года.

Услуги по проведению контроля эксплуатационных параметров рентгенодиагностических аппаратов прошу провести в соответствии с методиками, включенными в область аккредитации ЛРК ГБУЗ ЯО «ОКБ» (*при необходимости указать конкретные методики*)

Руководитель организации заказчика (ЛПУ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФИО

Исп.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Эл. адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_