|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 провести измерения свинцового эквивалента СИЗ в количестве:

*Перечислить наименование СИЗ с указанием количества по типам (фартук рентгенозащитный 1-сторонний, 2-х-сторонний; стоматологический пациента; передник рентгенозащитный , жилет РЗ , юбка круговая РЗ , воротник РЗ, пелерина РЗ стоматологическая ; пластины РЗ размер (форма):х на х см.)*

фартук РЗ 1-сторонний: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фартук РЗ 2-х-сторонний : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

передник рентгенозащитный: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

жилет РЗ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

воротник РЗ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

пелерина РЗ стоматологическая:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

шапочка рентгенозащитная врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*И так далее в зависимости от назначения и количества СИЗ*

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

Услуги по проведению радиационного контроля рентгенодиагностических аппаратов прошу провести в соответствии с методиками, включенными в область аккредитации ЛРК ГБУЗ ЯО «ОКБ».

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

Исп.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Эл. адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_