|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 радиационный контроль рабочих мест и смежных помещений(территорий) следующих рентгеновских кабинетов (выделенных помещений):

1. Назначение кабинета: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рентгеновские аппарата установленные в кабинете (*с указанием типа: РДК на 2 рабочих места, РДК на 3 рабочих места, палатный, прицельный дентальный, КТ и т.д*.) Наименование:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тип аппарата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тип аппарата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_тип аппарата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Количество рабочих мест персонала подлежащих контролю в процедурной кабинета и смежных помещениях: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2 … *Необходимо заполнение по каждому рентгеновскому кабинету/рентгеноперационной и т.д.*

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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_