|  |  |
| --- | --- |
|  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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Прошу Вас заключить договор (*подготовить КП; выполнить изменения*) на услуги аккредитованной лаборатории по измерениямИЭД персонала, работающего с ИИИ в подразделениях заказчика:

Наименование подразделения , (*Рентгеновское отделение, Рентгеноперационная, Рентгеновский кабинет, Лаборатория дефектоскопии и т.д.)*

Период экспонирования *: (дата и время выдачи и изъятия дозиметров)* с \_- \_ час. «….» , месяца , 20\_\_ год по \_ - \_ час. «….» , месяц , 20\_\_\_ год в количестве \_\_\_\_\_\_\_ человек , в том числе :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия. Имя, Отчество работника | Место расположения дозиметра | Тип дозиметра  | Номер выданного дозиметра | Период контроля ( квартал, год ) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Периодичность проведения контроля (*поквартально,- ежемесячно( для женщин до 45 лет), или - 2 раза в год)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Срок заключения договора (год, полугодие, квартал) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Услуги по проведению индивидуального дозиметрического контроля персонала прошу провести в соответствие с методиками, включенными в область аккредитации ЛРК ГБУЗ ЯО «ОКБ».

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

Исп.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Эл. адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_