|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  | |
| 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»

**Оценка и контроль эксплуатационных параметров рентгеновской аппаратуры в отделениях (кабинетах) рентгенодиагностики**

№\_\_\_\_\_\_ 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. |

1. 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Прошу Вас оказать услуги (заключить договор /*подготовить КП*) по контролю эксплуатационных параметров **дентальных рентгеновских аппаратов** с интраоральным и экстраоральным ПРИЕМНИКАМИ РЕНТГЕНОВСКОГО ИЗОБРАЖЕНИЯ, в том числе :

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

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

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

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

2.2 … (*Необходимо заполнять по каждому рентгеновскому аппарату)*

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

1. 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 и вид испытаний – приемочные, или испытания на постоянство параметров*).
2. Согласие на проведение испытаний по определенным методам (нужное подчеркнуть) : ( Согласен / не согласен ) на включение методов приемочных испытаний в перечень испытаний, проводимых в рамках периодического контроля за постоянством параметров РДА.

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

Исп.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Эл. адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_