Главному врачу

ФГБУЗ ГЦ Г и Э ФМБА России

С.А. Богдану

 **З А Я В К А**

**В ИЛЦ ФГБУЗ ГЦ ГиЭ ФМБА России**

**На проведение исследований материалов (изделий) на стерильность**

|  |  |
| --- | --- |
| Заказчик |  |
|  |  Юридическое лицо /ФИО |
| Юридический адрес: |  |

Прошу Вас провести испытания (исследования) ниже перечисленных образцов (проб) в соответствии с договором № \_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201 г.

Оформление ЭКСПЕРТНОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ по результатам исследований (поставить галочку) 

Оплату гарантируем.

|  |  |
| --- | --- |
| Место и адрес отбора образцов (проб) :  |  |
|  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Дата и время отбора проб: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г., \_\_\_\_\_часов \_\_\_\_\_\_минут

|  |
| --- |
| Цель отбора: установление соответствия пробы требованиям\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| НД на методы отбора: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № пробы | Место отбора | Наименование материала/изделия | Дата стерилизации | Способ стерилизации |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Дата доставки проб: «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г.

ФИО лица, отбиравшего пробы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  Подпись ФИО

В случае, если заказчик не указал метод, который следует использовать при исследовании (испытании), измерении, право выбора оптимального метода остается за ИЛЦ ФГБУЗ ГЦГ и Э ФМБА России