**Главному врачу**
**Государственного учреждения**
**«Столбцовский районный центр**
**гигиены и эпидемиологии»**
**Бондареву А.В.**

**«____»_____ № _____**

**Заявление на заключение договора**
**на оказание санитарно-гигиенических услуг**

**Наименование организации (юридический адрес, банковские реквизиты)**

_____

_____

УНП_____телефон_____

Юридический адрес__ _____

Почтовый адрес_____ E-mail: _____

**просим заключить договор на**_____

(санитарно-гигиенические исследования (испытания), инструментальные измерения факторов

_____

производственной среды, прочее)

_____

(продукции, воды, смывов с объектов внешней среды, объектов исследований, прочее)

**в соответствии с программой производственного контроля (предоставить копию)**

**в целях (отметить необходимое):**

☐ выполнения производственного контроля

☐ иное_____

и выдать протокол лабораторных испытаний/измерений.

**В протоколе испытаний просим выдавать (отметить необходимое):**

☐ заключение по результатам испытаний о соответствии требованиям ТНПА на продукцию без учета неопределенности

☐ заключение по результатам испытаний о соответствии требованиям ТНПА на продукцию с учетом неопределенности

☐ фактическое значение результатов испытаний без заключения о соответствии требованиям ТНПА на продукцию

**Правило принятия решения при выдаче заключения о соответствии:**

*В случае отсутствия правила принятия решения, установленного соответствующими правилами или нормативными документами, при оформлении заключения просим применить к количественному выражению результата, правило принятия решения*(отметить необходимое):*

☐ правило простой приемки;

☐ правило, основанное на уменьшении риска потребителя;

☐ правило, основанное на уменьшении риска производителя.

** Подробнее с информацией о возможных правилах принятия решения можно ознакомится на официальном сайте stsanepid.by. В случае отсутствия отметки о выборе правила принятия решения, испытательная лаборатория применяет правило простой приёмки.*

С методами испытаний ознакомлены и согласны проводить испытания в соответствии с областью аккредитации.

Оплату в соответствии с прейскурантом Столбцовского РЦГиЭ гарантируем.

_____ _____

*(должность)* *(подпись и расшифровка подписи)*

М.П.

Ф.И.О. контактного лица
телефон контактного лица