Главному врачу ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Карелия» Т.Н. Пахомовой

**Заявка**

на проведение индивидуального дозиметрического контроля (ИДК)

**Заявитель** (юридическое лицо, индивидуальный предприниматель или физическое лицо):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Юридический адрес заявителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_КПП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ОГРН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. полностью контактного лица\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон контактного лица\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Прошу провести индивидуальный дозиметрический контроль:**

Индивидуальные дозиметры:  **-** ДТЛ-02  **-** DTU

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Период контроля индивидуальной дозы | Количество индивидуальных дозиметров | | | Принадлежность дозиметров  (собственность заказчика/  безвозмездная аренда у ФБУЗ «ЦГЭ в РК») |
| для персонала | фоновый | Всего |
| 1 квартал |  |  |  |  |
| 2 квартал |  |  |  |  |
| 3 квартал |  |  |  |  |
| 4 квартал |  |  |  |  |
|  | Итого по договору: | |  |  |

**Документы (протоколы и т.д.)** *(выбрать)***:**

 получение моему представителю оформленных результатов лабораторных исследований, испытаний (протоколов) в 1 экземпляре (выдача копий в \_\_\_\_ экземплярах, оплата согласно прейскуранта) по адресу: г.Петрозаводск, ул.Пирогова, д.12 поручаю\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность) (Ф.И.О.)

отправка Почтой России заказным письмом с уведомление (оплата согласно прейскуранта) по адресу:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(почтовый адрес)

**Исследуемые показатели:** измерение индивидуального эквивалента дозы фотонного излучения

Заявитель оставляет право выбора оптимального метода исследований, измерений образцов, объектов за Испытательной Лабораторией

 **Заявитель несет полную ответственность за:** достоверность предоставленной информации

 **Заявитель ознакомлен:** с необходимостью оформления договора на выполнения платных работ (услуг)

** Заявитель обязуется:** оплатить все расходы на проведение лабораторных исследований, измерений;

 **Заявитель дает согласие:** на обработку персональных данных

**Заявитель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(подпись, Ф.И.О. руководителя, печать)

|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ФИО ответственного лица, принявшего заявку |
| Договорзарегистрирован под №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Заполняется сотрудниками *ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Карелия»***

*Анализ заявки (проводится в течение суток с момента получения):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *соответствует области аккредитации* | * да* | * нет* |
| *техническая возможность обеспечена* | * да* | * нет* |
| *конфликта интересов нет* | * да* | * нет* |
| *кадровое обеспечение соответствует* | * да* | * нет* |
| *ресурсами обеспечено* | * да* | * нет* |
| *Предмет договора (пункт прейскуранта):* | | |
| *Ф.И.О. сотрудника, проводивший анализ заявки Подпись Дата* | | |