Директору филиала

«ЦЛАТИ по Республике

Татарстан»

А.М. Шигапову

Исх.№ \_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_

**Заявка на оказание услуг**

|  |  |
| --- | --- |
| **Заказчик** *(наименование организации полное / сокращенное для юридических лиц)*  *(Фамилия Имя Отчество полностью для физических лиц)* |  |
| **Адрес заказчика** *(юридический, фактический, почтовый для юридических лиц)* | **Юридический адрес:**  **Почтовый адрес**:  **Фактический адрес:** |
| **Адрес заказчика** *(адрес регистрации для физических лиц)* | **Адрес регистрации:** |
| **Банковские реквизиты заявителя** (*для юридических лиц)***:** | ОГРН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИНН/КПП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  р/с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  к/с (наименование банка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  БИК (наименование банка)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Реквизиты** (для физических лиц) | Паспортные данные (серия, номер, дата рождения, кем выдан, дата выдачи)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ИНН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_СНИЛС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Руководитель организации**  *(должность, ФИО)* |  |
| **Контрактный тел., адрес эл. почты** | Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_эл.почта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Контактное лицо заказчика** *(с указанием Ф.И.О. ответственных лиц, занимаемой должности, номеров контактных телефонов* |  |
| **Просим произвести нижеперечисленные лабораторные испытаний с выдачей протокола испытаний(измерений), протокола отбора/приема проб:** | |
| **Описание оказываемых услуг:** | □ Отбор образцов (проб)  □ Лабораторные испытания/измерений |
| **Сроки оказания** | Январь 2025 – декабрь 2025 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п\п** | **Место отбора проб (точный адрес местонахождения или координаты. контрольной точки)** | **Объект проведения испытаний** | **Сроки (периоды периодич-ность) оказания услуг** | **Показатели для испытаний (измерений), отбор проб** | **Метод/**  **методики испытаний\*** | **Кол-во отборов проб** |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | *Пример заполнения:*  *Точка отбора 1: Республика Татарстан, г. Казань, ул. Вишневского, д.26а/ Координаты точки отбора: 55.780060 49.145230* | *Пример заполнения:*  *Сточные воды*  *Природные воды*  *Промышленные выбросы*  *Атмосферный воздух*  *Отходы*  *Грунт*  *Почва и иное* | *Пример заполнения:1 раз в месяц* | *Пример заполнения:*  *1.Аммоний-ион*  *2.Сульфаты*  *3. Иное* | *Пример заполнения:*  *1.ПНД Ф 14.1:2:4.276-2013*  *2.* *ПНД Ф 14.1:2.159-*  *2000*  *3. Иное* | *Пример заполнения:*  *12* |

**\*заполняется при выборе метода/методики испытаний заказчиком**

**Отбор проб/образцов осуществляется:**

□ самостоятельно □ специалистами ИЛ «филиала ЦЛАТИ по Республике Татарстан»

*При самостоятельном отборе проб/образцов ответственность за качество проведения отбора проб/образцов и предоставленные данные несет заявитель.*

**Оставляю право выбора метода/методики испытаний проб, форму выдачи результатов испытаний/измерений за ИЛ «филиала ЦЛАТИ по Республике Татарстан»:**

□ да □нет

**Передать протоколы испытания и отбора/приема проб(образцов):**

**□** лично в руки □ по эл.почте □ через курьерскую службу

Я даю согласие на использование персональных данных исключительно в целях получения услуги по проведению испытаний и измерений, отбора проб/образцов в рамках договора с специалистами ИЛ «филиала ЦЛАТИ по Республике Татарстан», а также на хранение данных об этих результатах на электронных носителях.

Я уведомлен о передаче сведения о результатах деятельности аккредитованного лица (протоколах измерений и анализов, с указанием даты и номера, с приложением электронного документа или электронного образа (скан-копии) такого документа) в Федеральную службу по аккредитации посредством передачи информации через личный кабинет ФГИС Росаккредитации, согласно приказа Минэкономразвития от 24.10.2020 № 704.

Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

**Подписью подтверждаю факт разъяснения мне сути оказываемых услуг**

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись/печать