|  |  |
| --- | --- |
|  | РУКОВОДИТЕЛЮ  ЦОС «СтройКачествоРФ» |
|  | Целищеву П.В.  Россия, 125057, г. Москва,  ул. Ленинградский проспект, 63, 8 этаж,  тел./факс: +7(499) 157-0561 доб. 175 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ЗАЯВКА** | | | | | | | | |
| наименование Заявителя, ОГРН | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Юридический адрес | | |  | | | | | |
| Адрес(а) места осуществления деятельности | | | | |  | | | |
| Телефон | |  | | Факс | |  | E-mail |  |
| Банковские реквизиты | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| в лице |  | | | | | | | |
| должность, фамилия, имя, отчество | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| просит провести работу по признанию компетентности  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  наименование ИЛ (ИЦ) организации-заявителя | | | | | | | | |

в качестве испытательной лаборатории (центра) для проведения испытаний в Системе добровольной сертификации в строительстве в Российской Федерации «СтройКачествоРФ» согласно заявленной области в приложении 1.

Заявитель с Правилами функционирования системы и Правилами признания компетентности и допуска в СДС «СтройКачествоРФ» ознакомлен.

Заявитель обязуется:

- выполнить процедуру признания компетентности;

- отвечать требованиям, предъявляемым к испытательным лабораториям (центрам);

- оплатить расходы связанные с процедурой признания компетентности, независимо от её результатов;

- принять на себя затраты по последующему инспекционному контролю за деятельностью испытательной лаборатории (центра).

Контактное лицо: .

ФИО, тел., E-mail

Приложения:

1. Заявленная область деятельности.
2. Паспорт испытательной лаборатории (центра) включая сведения о персонале по прилагаемой форме.
3. Руководство по качеству.
4. Приказ о создании испытательной лаборатории (центра).
5. Копия Устава организации-заявителя
6. Справка о деятельности организации.

Руководитель организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись инициалы, фамилия

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись инициалы, фамилия

М. П. Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_