

НА ФИРМЕННОМ БЛАНКЕ ПРЕДПРИЯТИЯ

Директору
Могилевского ЦСМС
Руководителю Провайдера проверки
квалификации
Денисенко Степану Степановичу
ул. Белинского, 33, 212011, г. Могилев
факс: (+375 222) 72 16 58

ЗАЯВКА

на участие в программе проверки квалификации

Наименование программы: _____
(Указывается из Реестра программ проверки квалификации, расположенного на www.mcsms.by)

Применяемый метод (ТНПА): _____

Применяемые средства измерений: _____

Наименование лаборатории: _____

Фамилия, имя, отчество руководителя лаборатории, должность: _____

Адрес, телефон лаборатории: _____

E-mail для осуществления переписки по вопросам реализации проверки квалификации: _____

Наименование предприятия (организации), если лаборатория является его подразделением: _____

Фамилия, имя, отчество руководителя предприятия (организации), должность _____

Адрес, телефон предприятия (организации): _____

Р/С (с указанием банка): _____

тип счета (бюдж./внебюдж.): _____

Источник финансирования: _____

Оплата производится со счетов органов государственного казначейства (да/нет): _____

УНП _____ ОКПО _____

Настоящим заявитель на участие в программе проверки квалификации (лаборатория, предприятие) обязуется:

а) выполнить все требования, предусмотренные программой проверки квалификации и Инструкцией для участников по выполнению измерений и составлению протоколов, в том числе соблюдать установленные сроки реализации тура проверки квалификации;

б) оплачивать расходы, связанные с проведением программы проверки квалификации;

в) в случае отказа от участия возместить расходы, связанные с выполнением настоящей заявки.

Руководитель предприятия

М.П. (подпись)

(инициалы, фамилия)

Главный бухгалтер

(подпись)

(инициалы, фамилия)