**Главному врачу**

**ФБУЗ**

**«Центр гигиены и эпидемиологии**

**в Ярославской области»**

## Малицкому Б.А.

ЗАЯВКА

**«Заказчик»**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя или физического лица, юридический адрес)

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

**«Объект»** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование объекта, где будет производится отбор проб (исследования), фактический адрес)

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

Просит провести замеры физических факторов (необходимое подчеркнуть):

**Освещенность**

## Микроклимат

**Шум**

**Вибрация**

**Электромагнитные поля (ЭМП)**

**Электромагнитные поля (ЭМП РЧ)**

**Оплату гарантируем. Наши реквизиты.**

|  |  |
| --- | --- |
| Телефон |  |
| Факс |  |
| ИНН/КПП |  |
| Расчетный счет № |  |
| БИК |  |
| Корр. счет № |  |
| Наименование банка |  |
| ОКВЭД |  |
| Руководитель предприятия |  |

***Согласие на обработку персональных данных, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» подтверждаю.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись