Руководителю

Забайкальского филиала

ФБУ «Бурятский ЦСМ»

В.Ю.Киргинцеву

**ЗАЯВКА**

на поверку (калибровку) средств измерений,

аттестацию испытательного оборудования,

метрологический контроль технического состояния медицинского оборудования

Просим Вас провести поверку, калибровку, аттестацию, метрологический контроль

(нужное подчеркнуть)

следующих средств измерений по договору (контракту) №

**Информация о заказчике:**

Полное наименование (для физического лица указать Ф.И.О)

Сокращенное наименование

Юридический адрес:

Фактический адрес:

Тел./факс, Е-mail:

ИНН/КПП:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Наименование, тип СИ, ИО  год выпуска | № ФИФ  средств измерений  (Госреестр)  <https://fgis.gost.ru/fundmetrology/registry/4> | Заводской/  серийный номер | Диапазон измерения | Погрешность, класс точности, разряд | \* Комплектующие, документация  (тех. описание, паспорт (формуляр), методика поверки, соединительные провода, сетевой шнур, программное обеспечение, наличие магнитной пломбы и т.п.) | \*\*Примечание |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

\* - **Графа 7** заявки заполняется в **обязательном** порядке с указанием комплектующих и документации к средству измерения.

\* \***-** в примечании указать необходимость выдачи протокола поверки СИ, место проведения работ или поверка СИ в качестве эталона и др.

Представитель Заказчика, должность, ФИО, телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20 \_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . дата подачи заявки подпись заявителя

Дополнительную информацию о вышеуказанных СИ, можно получить у ответственного лица Заказчика:

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

(должность) (Ф.И.О) (номер телефона)

По заявке выписаны счета: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись сотрудника бюро приема\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_