Заместителю директора

по метрологии

ФБУ «Воронежский ЦСМ»

П.В. Воронину

**ЗАЯВКА**

на аттестацию испытательного оборудования (ИО)

**Заявитель** Дата **ДД.ММ.ГГГГ**

физ.лицо Фамилия, инициалы: **Фамилия, инициалы Заявителя**

Согласен на обработку персональных данных

юр.лицо Учетный код\1 заказчика: **Учетный код**

Наименование: **Наименование Заявителя**

Адрес: Адрес Заявителя

ИНН: ИНН КПП: КПП Договор\1: № д**оговора**

периодическая  после ремонта  срочно  на месте эксплуатации

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование ИО | Тип ИО | Заводской (серийный)  № ИО | Количество, шт. | Примечание |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Дополнительная информация: Укажите дополнительную информацию (например адрес установки ИО при аттестации на месте эксплуатации)

Просим направить:  счет для оплаты и  договор\2   
 электронной почтой: e-mail электронной почты  факсом на номер: Номер факса   
Контактное лицо: Фамилия, имя, отчество

Телефон: Номер рабочего телефона мобильный: Номер мобильного телефона

Оплату гарантируем\3.

должность. Инициалы, фамилия

(Должность) (Подпись) (Расшифровка подписи)