|  |
| --- |
| ФБУ «Коми ЦСМ»  |
| Руководителю Органа по сертификации продукции и услуг  (аттестат аккредитации RA.RU.10АЖ59) |
| Юридический адрес: 167982, Республика Коми,  |
| г. Сыктывкар, Октябрьский проспект, 27 |
| **ЗАЯВКА** | **№ 01 - \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **на проведение сертификации услуг (работ) в Системе добровольной сертификации услуг ГОСТ Р** |
|  |
|  наименование организации-исполнителя, индивидуального предпринимателя (далее - заявителя) |
| ОКПО |  |
| код ОКПО или номер регистрационного документа индивидуального предпринимателя |
| Юридический адрес: |  |
| Фактический адрес (место оказания услуг):  |  |
| телефон:  |  | факс: |  | электронная почта: |  |
| ИНН |  | ОГРН |  |
| Банковские реквизиты  |  |
| В лице: |  |
| должность, фамилия, имя и отчество (при наличии) руководителя организации |
| просит провести добровольную сертификацию услуг (работ) |  |
| наименование группы (подгруппы, вида) услуг (работ) |
| ОКПД 2  |  |
| код ОКДП 2  |
| Оказываемых по  |  |
| наименование и обозначение документации изготовителя (стандарт и др.) |
|  |
| На соответствие требованиям |  |
| наименование и обозначение нормативных документов |
| по схеме |  |
| Сотрудник, ответственный за связь |  |
| Дополнительные сведения |  |
| Руководитель организации |  |  |
|  Главный бухгалтер | подпись | инициалы, фамилия |
|  | подпись | инициалы, фамилия |
| М.П."\_\_"\_\_\_\_\_\_\_ 20 г. |

***Примечание: в случае не предоставления всех документов, запрошенных ОС, или неоплаты договора по истечении 3х* месяцев со дня подачи заявки, она может быть аннулирована.**