**Директору**

**ЦЛАТИ по Восточно-Сибирскому региону**

**Е.Н. Павлюковой**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**г. Иркутск, ул. Советская, 55**

**тел:, (3952)487-405,**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ЗАЯВКА** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Прошу Вас рассмотреть возможность оказания услуг по проведению семинара потеме:  «Система менеджмента качества. Управление качеством в лаборатории в соответствии  с требованиями критериев аккредитации и ГОСТ ISO/IЕС 17025-2019.  Управление рисками» | | | | | | | | | | | | | | | | |
| для |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *(полное и сокращенное наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Юридический адрес Заказчика: | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Почтовый адрес Заказчика: | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Телефон: | | | |  | | | | Факс: | | |  | | | | E-mail: |  |
| ИНН | |  | | | | | | КПП | |  | | | | | ОГРН |  |
| ОКАТО | | | |  | | | | ОКПО | | |  | | | | | |
| ОКВЭД | | | |  | | | |  | | |  | | | | | |
| Наименование банка: | | | | | |  | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Р/счет | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| К/счет | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| БИК | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Лицо, уполномоченное на заключение договора и подписание Акта об оказании услуг (выполненных работ): | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *(должность и полное Ф.И.О. руководителя)* | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *(действует на основании Устава, доверенности и т.д.)* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Контактное лицо Заказчика: | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *(должность, Ф.И.О.,* ***телефон****)* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Оплату гарантируем. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Форма обучения: *очная*  Сведения о лицах, участвующих в семинаре:   |  |  | | --- | --- | | Фамилия, имя, отчество | Занимаемая должность | | 1. |  | | 2. |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Руководитель | | | | |  | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | *(подпись)*  М.П. | | | | | | |  | *(Ф.И.О)* | | | |

Вх.№\_\_\_\_\_от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_