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