

Генеральному директору  
ДУ «Дніпропетровський ОЦКПХ МОЗ»  
Сергію Вальчуку

**З А Я В А**  
**про надання послуг на договірній основі**

**Заявник** \_\_\_\_\_

(найменування юридичної особи, громадської організації, ПІБ фізичної особи-підприємця, ПІБ фізичної особи)  
юридична адреса \_\_\_\_\_

Адреса фактична \_\_\_\_\_

**вид діяльності** \_\_\_\_\_

телефон \_\_\_\_\_ електронна пошта \_\_\_\_\_

номер п/рахунку і найменування відділення банку (або IBAN) \_\_\_\_\_

МФО \_\_\_\_\_

код за ЄДРПОУ \_\_\_\_\_

ІПН \_\_\_\_\_

**в особі** \_\_\_\_\_

(посада, прізвище, ім'я та по батькові керівника, на підставі якого документу діє)

просить укласти договір про надання таких послуг:

(перелічити послуги та їх кількість або зробити посилання на додаток з переліком послуг чи загальний обсяг замовлених досліджень )

**з метою** \_\_\_\_\_

(відомчий лабораторний контроль, інше)

**Контактна особа** (посада, ПІБ) \_\_\_\_\_

Перелік документів, що додаються (необхідне відмітити):

- витяг з Єдиного державного реєстру юридичних осіб, фізичних осіб-підприємців та громадських формувань;
- витяг з реєстру платника податку на додану вартість або платника єдиного податку;
- бухгалтерська довідка про банківські реквізити;
- нормативна чи нормативно-технічна документація на продукцію (у разі дослідження продукції).
- загальний обсяг замовлених досліджень (відповідно до форми, яка додається)

**Керівник** \_\_\_\_\_

МП \_\_\_\_\_ (ініціали та прізвище) \_\_\_\_\_ ( дата) \_\_\_\_\_ (підпис)

Надаю згоду на обробку своїх персональних даних, які надані з метою підготовки договірної угоди або отримані при виконанні договору, виключно в межах та на підставі законодавства України \_\_\_\_\_ (ПІБ, підпис замовника - фізичної особи).

*Замовник повідомлений, що результати лабораторних досліджень, які свідчать про стан здоров'я фізичної особи, видаються при наявності посвідчення особи, якій належать ці персональні дані.*

*Замовник повідомлений про необхідні норми обсягу, кратності та переліку досліджень згідно чинному законодавству, про нормативні вимоги до зразка продукції, передбаченого для дослідження.*

*Первинну інформацію про послуги ДУ «Дніпропетровський ОЦКПХ МОЗ» отримав з сайту ДУ «Дніпропетровський ОЦКПХ МОЗ» або інших сайтів, інформаційного листа, при спілкуванні з працівником ДУ «Дніпропетровський ОЦКПХ МОЗ» (бажано вказати прізвище), від знайомих, з інших джерел інформації (необхідне підкреслити) \_\_\_\_\_*

Консультант \_\_\_\_\_ (посада, ПІБ, підпис)

## Перелік замовлених послуг

**Об'єкт дослідження** (потрібне позначити): харчовий продукт чи сировина, вода, лікарські засоби (трави), ґрунт, полімерні матеріали (вироби), будівельні матеріали, мінеральна сировина, виробниче середовище, внутрішнє середовище житлового чи громадського приміщення, атмосферне повітря, біоматеріал, змиви, стерильність, інше \_\_\_\_\_

**Види досліджень, послуг** (потрібне позначити):

**Мікробіологічні:**

біологічні фактори \_\_\_\_\_

інші \_\_\_\_\_

**Вірусологічні:**

антитіла, антигени до вірусів \_\_\_\_\_

ГМО (у випадку виявлення ГМО у продукції далі проводити кількісне виявлення за плату згідно діючого Прейскуранту) \_\_\_\_\_

**Паразитологічні:** \_\_\_\_\_

**Санітарно-гігієнічні:**

фізико-хімічні \_\_\_\_\_

важкі метали \_\_\_\_\_

нітрати \_\_\_\_\_

шкідливі хімічні речовини \_\_\_\_\_

інші \_\_\_\_\_

**Токсикологічні:**

пестициди \_\_\_\_\_

вміст шкідливих хімічних речовин \_\_\_\_\_

інші \_\_\_\_\_

**Фізичні:**

мікроклімат \_\_\_\_\_

освітлення \_\_\_\_\_

шум \_\_\_\_\_

вібрація \_\_\_\_\_

електромагнітні випромінювання \_\_\_\_\_

інфрачервоні випромінювання \_\_\_\_\_

інші \_\_\_\_\_

**Радіологічні:**

потужність експозиційної дози \_\_\_\_\_

радіонуклідів в об'єктах навколишнього середовища \_\_\_\_\_

радон-222 \_\_\_\_\_

поверхневе радіоактивне забруднення \_\_\_\_\_

підготовка санітарного паспорта радіаційної якості, радіаційного сертифікату \_\_\_\_\_

**Гігієнічне навчання** \_\_\_\_\_

Інші види послуг \_\_\_\_\_

(ПБ керівника, дата, підпис)