Руководителю ИЦ

Куляк О.Ю.

ЗАЯВКА

На проведение испытаний образцов лекарственного растительного сырья, субстанций, лекарственных средств и биологически активных добавок

|  |
| --- |
| **Наименование организации заявителя:** |
| **Юридический/фактический адрес заявителя:** |
| **Контактные данные заявителя** **(телефон/e-mail):** |
| **ИНН:** |
| **Наименование образца:** |
| **Форма выпуска:** |
| **Серия (Партия):** |
| **Фирма изготовитель:****юридический/фактический адрес:** |
| **Страна изготовитель:** |
| **Акт отбора пробы:** |
| **Срок годности:** |
| **Количество образца, представленного на анализ:**  |
| **НД на анализ:** |
| **Определяемые показатели в соответствии с НД:** |
| **Дополнительные сведения:** |
|   |

Оплату гарантируем.

|  |  |
| --- | --- |
| Руководитель организации-заявителя: |  |
|  |
| *(подпись) (ФИО) (дата)* |
| М.П. |

|  |  |
| --- | --- |
| Ответственный за прием образцов  |  |
|  |
| *(подпись) (ФИО) (дата)* |
| Регистрационный номер |