|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный №, дата  Заявление принято,  анализ заявления проведен  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО, подпись) | Главному врачу  Филиала ФБУЗ «Центр гигиены и  эпидемиологии в городе Москве» в ЦАО  Груздевой О.А. |

**Заявление**

**на проведение санитарно-эпидемиологической экспертизы**

**видов деятельности (работ, услуг), условий осуществления деятельности/**

**обследования зданий, сооружений, помещений, оборудования,**

**транспортных средств и других объектов**

**Заказчик \_\_\_\_\_**ООО «Лютик»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя, ФИО гражданина*

юридический адрес (адрес места регистрации) \_\_\_г. Москва, ул. Советская, д. 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН/КПП/ОГРН (ОГРНИП) \_\_\_0000000000/000000000/0000000000000\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

номер телефона \_\_8-921-000-00-00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ адрес электронной почты \_\_\_\_рррр@kkk.ru\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Представитель Заказчика по договору/доверенности** \_\_Иванов И.И., доверенность от 01.01.2022г\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование юридического лица/ФИО представителя заказчика

номер телефона \_\_\_\_8-921-000-00-00\_\_\_\_\_\_\_\_\_ адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Вид деятельности**\_\_медицинская\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Объект** \_\_\_\_\_Медицинский центр «Здоровье»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование)

адрес объекта \_\_\_\_\_ г. Москва, ул. Советская, д. 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

общая площадь \_\_\_250\_ м2, другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Прошу** организовать и провести санитарно-эпидемиологическую экспертизу/ обследование для целей:

(нужное подчеркнуть)

□- получения санитарно-эпидемиологического заключения

□ -оценки возможности использования помещений для осуществления деятельности (работ, услуг)

□ - оценки организации воздухообмена помещений

□ - разработки программы производственного контроля

□ - внедрения системы ХАССП

□- другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**□** Ознакомлен с методами, применяемыми Органом инспекции

□ Доверяю и поручаю выбор метода инспекции и нормативных документов Органу инспекции

□ Выбор оптимального метода/методики измерений поручаю Испытательному лабораторному центру.

**Заказчик обязуется:**

- предоставить необходимые материалы и документы;

- оплатить расходы на проведение экспертизы, измерений;

**-** обеспечить доступ специалистам Филиала ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве» в ЦАО на объект инспекции.

**К заявлению прилагаются документы (заверенные копии) на бумажном, электронном носителе:**

**\_**Договор аренды,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Заказчик подтверждает** идентичность документов на бумажном и электронном носителях.

**Заказчик проинформирован о том,** что представленная для экспертизы документация, в т.ч. на электронном носителе, хранится в архиве Исполнителя и не подлежит возврату.

Информация о результатах проведения испытаний (измерений) радиационных и нерадиационных факторов оформляется приложением к заявлению (образец на оборотной стороне).\*

**□ Прошу** провести измерения.

**Заказчик** **несет ответственность** за достоверность представленных документов и информации

\****для объектов медицинского профиля, осуществляющих деятельность в области использования источников ионизирующего излучения***

МП

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность, Ф.И.О.)

**Для объектов медицинского профиля, осуществляющих деятельность в области использования источников ионизирующего излучения.**

**Указать сведения о результатах проведения испытаний/измерений (№ и дата протокола (-ов) испытаний/ измерений) по каждому помещению, рабочесму месту:**

□ контроля эксплуатационных параметров рентгенодиагностического аппарата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ значения (таблица) эффективных доз пациентов при рентгенологических исследованиях\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ микроклимата в кабинете \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ освещенности в кабинете \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ уровней шума от технического оснащения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ температуры элементов технического оснащения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ анемометража и отчет по измерениям расчета кратности воздухообмена \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**В случае отсутствия протоколов для проведения испытаний (измерений) указать:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ | эксплуатационные параметры рентгенодиагностического аппарата | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (тип аппарата и количество) |
| □ | значения (таблица) эффективных доз пациентов при рентгенологических исследованиях | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (тип аппарата и количество) |
| □ | микроклимат в кабинете | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (количество помещений) |
| □ | уровень шума на рабочих местах | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (количество помещений) |
| □. | освещенность в кабинете | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (количество помещений) |
| □ | температура поверхностей элементов технического оснащения | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (количество аппаратов) |
| □ | анемометраж и отчет по измерениям расчета кратности воздухообмена | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (количество кабинетов и вентиляционных отверстий) |