|  |  |
| --- | --- |
|  | Главному врачу Филиала ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве» в ЦАОГруздевой О.А. |

**Заявление**

**на проведение санитарно-эпидемиологической оценки (консультации)**

**Заказчик \_\_\_\_\_**ООО «Весна»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

планируемый вид деятельности (работ, услуг) \_\_\_\_\_медицинская\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на объекте \_\_\_\_медицинский центр «Весна» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование, тип)

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

**Прошу** дать консультацию (нужное указать):

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

□ по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия – определение критических контрольных точек и проведение анализа рисков

□ по подготовке информационных, аналитических и других материалов по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия

**□** по организации воздухообмена помещений

**□** иное (указать)\_\_\_оценка представленного перечня контингентов рабочих профессий подлежащих периодическим медицинским осмотрам \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявитель ознакомлен** с методами, применяемыми Органом инспекции для подтверждения соответствия.

□ Выбор оптимального метода инспекции поручаю Органу инспекции.

□ Выбор нормативных документов, применяемых при проведении инспекции в рамках области аккредитации поручаю Органу инспекции.

**Заявитель обязуется:**

- предоставить все необходимые материалы и документы;

- оплатить расходы на проведение консультации.

**К заявлению прилагаются документы:**

- Доверенность (оригинал или копия, заверенная в установленном порядке).

- Карточка организации.

- Заверенная копия выписки из единого государственного реестра, полученная не позднее 6 месяцев назад.

- Заверенная копия договора аренды, свидетельства на право собственности или выписки из единого государственного реестра недвижимости.

- Заключение технической службы о системе вентиляции (обязательно для консультации по организации воздухообмена помещений).

**Заявитель проинформирован** о том, что проведение консультации начинается с момента поступления денежных средств на расчетный счет Филиала ФБУЗ «Центра гигиены и эпидемиологии в городе Москве» в ЦАО г.Москвы.

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

МП

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (должность, Ф.И.О.) подпись