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

**Заявление**

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

**Заказчик \_\_\_\_\_**ООО «ЛПУ»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя, ФИО гражданина*

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

ИНН/КПП/ОГРН (ОГРНИП) \_\_\_7700000000/900000000/7000000000000\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

номер телефона/адрес электронной почты \_\_\_\_ 8-915-000-00-00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lpu@mail.ru\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

на объекте \_\_\_\_медицинский центр Медицина (ООО «ЛПУ»)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование, тип)

адрес объекта\_\_\_\_\_ г. Москва, ул. Красная Пресня, 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 соблюдения требований санитарного законодательства в области организации профилактики инфекционных (паразитарных) болезней персонала\_\_\_\_\_\_\_\_

**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