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

**Заявление** *(пример заполнения)*

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

**Заявитель** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*ООО «Медицинский Центр»* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)

юридический адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ *г. Москва, улица Ленина, дом 1, строение 1, этаж 1, комната 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

ИНН/КПП/ОГРН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*7700000000/770000000/1000000000000\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

номер телефона/адрес электронной почты *+7 499 - 999 – 99 – 99,* *oooivanovikogroup@mail.su* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

планируемый вид деятельности (работ, услуг) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *медицинская\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

на объекте \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Семейная клиника «Здоровье»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

(наименование, тип)

адрес объекта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *г. Москва, ул. Ленина, д.1, стр.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) определение потребности в дезинфицирующих средствах (3 дезсредствах, Мистраль, Аламинол, Хлорные таблетки)

**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