|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **ФЕДЕРАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР СТАНДАРТИЗАЦИИ, МЕТРОЛОГИИ И ИСПЫТАНИЙ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ И РЕСПУБЛИКЕ КАЛМЫКИЯ" (ФБУ "АСТРАХАНСКИЙ ЦСМ")** | | | | |
|  | | полное и сокращенное наименование организации | | | | |
|  | | **Место нахождения (адрес юридического лица) и адрес места осуществления деятельности: 414014, г. Астрахань, ул. Бехтерева, 6. Номер телефона +7(8512) 38-34-73, адрес электронной почты: os\_acsm@bk.ru.** | | | | |
|  | | место нахождения (адрес юридического лица) и адрес места осуществления деятельности, номер телефона, адрес электронной почты | | | | |
|  | | **РОСС RU.30.001** | | | | |
|  | | номер свидетельства об уполномочивании в Российской Системе добровольной сертификации | | | | |
| **ЗАЯВКА**  **на проведение добровольной сертификации продукции в РОССИЙСКОЙ СИСТЕМЕ ДОБРОВОЛЬНОЙ СЕРТИФИКАЦИИ (регистрационный № РОСС RU.И068.04РИ00)** | | | | | | |
| **№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | **от** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **Заявитель:** | | | | | | |
| наименование заявителя - юридического лица или ФИО физического лица, зарегистрированного в качестве индивидуального предпринимателя | | | | | | |
| Место нахождения (адрес юридического лица):  Адрес места осуществления деятельности:  ОГРН: Номер телефона: . Адрес электронной почты: | | | | | | |
| место нахождения (адрес юридического лица) или адрес места жительства ИП и адрес места осуществления деятельности, номер ОГРН (ОГРНИП), номер телефона, адрес электронной почты | | | | | | |
| ИНН: КПП:  **банковские реквизиты:** | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | **в лице** |  | | | | | | | |
| должность, фамилия, имя, отчество руководителя организации - изготовителя, поставщика | | | | | | |
| **просит провести добровольную сертификацию продукции:** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| полное наименование продукции, сведения о продукции, обеспечивающие её идентификацию | | | | | | |
| **продукция изготовлена в соответствии с** | | | | | | |
| **код ТН ВЭД:**  **код ОКПД 2:** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| наименование типа объекта подтверждения соответствия (серийный выпуск, партия или единичное изделие), реквизиты товаросопроводительной документации, договора (контракта) | | | | | | |
| **выпускаемую изготовителем:** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| наименование изготовителя - юридического лица или ФИО физического лица, зарегистрированного в качестве индивидуального предпринимателя, место нахождения (адрес юридического лица) и адрес (адреса) места (мест) осуществления деятельности по изготовлению продукции, номер телефона | | | | | | |
| **на соответствие требованиям:** | | | | | | |
| наименование и обозначение нормативных документов | | | | | | |
| **по схеме** 3с**, предусматривающей** отбор и испытания образцов, анализ результатов испытаний и выдачу заявителю сертификата соответствия, маркирование продукции знаком соответствия, инспекционный контроль за сертифицированной продукцией: путем периодических испытаний образцов продукции. | | | | | | |
| номер схемы сертификации и ее описание | | | | | | |
| **Представленные документы:** | | | | | | |
| перечень документов, представленных заявителем | | | | | | |
| **Дополнительные сведения:** | | | | | | |
| **Заявитель обязуется выполнять правила сертификации.** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Руководитель организации** |  | | | |  |  |
|  | подпись | | | |  | фамилия имя отчество |
| **Главный бухгалтер** |  | | | |  |  |
|  | подпись | | | |  | фамилия имя отчество |
|  |  | | | |  |  |
|  | **М. П.** | | | |  |  |