

Директору ДУ «ІГЗ НАМНУ»
Ігорю ШКРОБАНЦЮ

02094, м. Київ, вул. Гетьмана
Павла Полуботка, 50
(юридична адреса організації)

ЗАЯВКА
на участь у **ПРОГРАМІ ПЕРЕВІРКИ ПРОФЕСІЙНОГО РІВНЯ**

Назва лабораторії	
Керівник лабораторії	<i>(прізвище, ім'я, по-батькові повністю)</i>
Адреса лабораторії	<i>(тестові зразки і супутня інформація будуть надсилатися на цю адресу)</i>
Тел.	
e-mail	
Назва юридичної особи	
Керівник організації	<i>(ПІБ, посада, на основі чого діє)</i>
Юридична адреса	
Тел.	
e-mail	
Реквізити банку	<i>(Назва банку, МФО, розрахунковий рахунок)</i>
Код ЄДРПОУ	
І.П.Н.	
Спосіб доставки зразків	<input type="checkbox"/> Відділення Нової пошти <input type="checkbox"/> Адресна доставка кур'єром <i>(номер відділення)</i>
Контактна особа для поштової служби	<i>(прізвище, ім'я повністю)</i>
Тел. (мобільний) контактної особи	

№	Тестове завдання	Участь
1	Верифікація невизначеності процедури зважування (7300 грн, з ПДВ)	<input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ
2	Верифікація невизначеності для тесту кількісне визначення методом рідинної хроматографії (9900 грн, з ПДВ)	<input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ
	Додатковий комплект зразків (2500 грн/шт, з ПДВ)	<input type="checkbox"/> ТАК <input type="checkbox"/> НІ <i>(кількість, шт)</i>

Оплату гарантуємо.

М.П.

Керівник організації

(підпис)

(прізвище, ініціали)

Головний бухгалтер

(підпис)

(прізвище, ініціали)