

«Наименование организации»  
Юр. адрес  
ИНН  
ОГРН  
Тел.  
E-mail:

Директору  
ФБУ «Коми ЦСМ»  
Ю.А. Тюкавину

От «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года № \_\_\_\_\_  
на № \_\_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

### З А Я В К А

Просим провести лабораторные испытания проб(ы) в соответствии с представленным перечнем в Приложении.

Адрес места доставки проб (образцов): 167982, Республика Коми, г. Сыктывкар, Октябрьский проспект, д. 27, Испытательная лаборатория.

Приложения:

- 1) Приложение. Перечень проб (продукции) и определяемых показателей.

Оплату гарантируем.

Руководитель организации

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О.

**Перечень проб (продукции) и определяемых показателей.**

| <b>№<br/>п/п</b> | <b>Наименование пробы<br/>(продукции, образца)</b> | <b>Нормативный<br/>документ на пробу<br/>(продукцию)</b> | <b>Проведение испытаний<br/>(исследований) по следующим<br/>показателям на соответствие<br/>нормативного документа<br/>(ГОСТ, ТУ, ТР ТС и т.п.)</b> |
|------------------|--|--|---|
| 1                |  |  |   |

Руководитель организации

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
Ф.И.О.