Генеральному директору

Открытого акционерного общества

«Борисовский завод медицинских препаратов»

ИОФ

ул.Чапаева, 64, г.Борисов,

Минская обл., 222518

e-mail: yai@borimed.by

тел.: 8 (0177) 73 02 45

факс: 8 (0177) 73 24 25

ЗАЯВКА\*(\*\*)

на выполнение работы

Просим Вас провести следующие работы: (информация для примера)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Место отбора | Точка отбора | Наименование определяемого показателя | Дата проведения контроля |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|  |  |  |  |

Примечание: \* - заказчик согласен с методами, которые выбирает СПЛ, согласно области аккредитации, \*\* - заказчик сам выбирает метод.

Выдача заключения о соответствии или несоответствии с учетом / без учета расширенной неопределенности измерений (нужное подчеркнуть).

Оплату в соответствии с «Протоколом согласования стоимости заказа» ОАО «БЗМП» в срок не позднее 5 банковских дней с момента подписания договора сторонами гарантируем.
Фамилия, имя, отчество руководителя организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Адрес, телефон, e-mail организации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Р/С (с указанием банка):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тип счета (бюдж./внебюдж.):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Источник финансирования: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
УНП\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ОКПО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель организации подпись ИОФ дата

М.П.

Главный бухгалтер подпись ИОФ дата

(заполняется на бланке организации)