Главному врачу (филиала) ФБУЗ

«Центр гигиены и эпидемиологии в …

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

**от**

наименование заявителя (организация, предприятие, ИП)

**в лице**

Ф.И.О., должность

**юр. адрес:**

**тел.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail:**

**фактический адрес:**

**по доверенности**

должность, Ф.И.О. доверенного лица, реквизиты доверенности

**ЗАЯВКА**

**№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_**

Прошу Вас провести инспекцию

*указать объект инспекции и его фактический адрес (при наличии)*

в целях установления соответствия (несоответствия) требованиям

*указать наименование НД*

Документ, устанавливающий метод инспекции

Выбор метода инспекции оставляю за органом инспекции.

Необходимое количество экземпляров экспертных заключений:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(указать)

**Заявитель несет полную ответственность за достоверность представленной информации.**

**Заявитель проинформирован о том, что, если в течение 7 календарных дней при проведении работ по договору, оригинал договора, подписанный со стороны заказчика, или его скан-копия не будут предоставлены в группу по работе с заказчиками, работа по заявке будет прекращена.**

**Срок подготовки экспертного заключения до \_\_\_\_ календарных дней.**

К заявке прилагаются:

Инспекция проводится в рамках действующей области аккредитации да нет

С порядком, условиями и сроками проведения работ ознакомлен и согласен.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

подпись заявителя расшифровка подписи

**Согласие на обработку персональных данных** (заполняется физическими лицами)

Я,

паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан

код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающий/ая/по адресу:

в соответствии со [**статьей 9**](garantF1://12048567.9) Федерального закона от 27 июля 2006 года № 152-ФЗ "О персональных данных" даю согласие ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Пензенской области» (далее - Учреждение) на автоматизированную, а также без использования средств автоматизации, обработку моих персональных данных и размещение их в базах данных Учреждения (региональную, федеральную базы данных) для обработки, а именно: совершение действий, предусмотренных [**пунктом 3 части первой статьи 3**](garantF1://12048567.303) Федерального закона от 27 июля 2006 года N 152-ФЗ "О персональных данных".

Перечень действий с персональными данными: оформление договора, счёта, протоколов, экспертных заключений, внесение ПД в базу данных Учреждения (региональную, федеральную базы данных), регистрационные журналы и т.п.

Содержание действий по обработке персональных данных, необходимость их выполнения, а также мои права по отзыву данного согласия мне разъяснены.

Настоящее согласие действует со дня его подписания до дня отзыва в письменной форме.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

подпись заявителя расшифровка подписи

Заявку принял:

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

подпись ФИО сотрудника дата

Документация возвращена заявителю (*указать при необходимости*):

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

подпись ФИО заявителя дата