Ф-02-06-01/15

**Заявка на проведение лабораторных исследований/испытаний (измерений)**

|  |
| --- |
| Регистрационный №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |

в Государственное автономное

учреждение Тюменской области

 «Тюменская областная ветеринарная лаборатория»

625017, Тюменская область,

г. Тюмень, ул. Механизаторов, д.5

*Уважаемые заказчики, просим заполнять все графы Заявки. Если информация отсутствует, не забудьте поставить « - ».*

Будьте внимательны, данная информация является частью Вашего протокола испытаний.

Заказчик несет ответственность за предоставленную информацию в соответствии с законодательством РФ.

|  |  |
| --- | --- |
| ЗаказчикАдресИННТелефон, эл. почта: |  |
|  |
|  |
|  |

**Прошу провести исследование \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** *наименование образца*

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование производителя(наименование, адрес, телефон): |  |
| Владелец (наименование, адрес, телефон): |  |
| Дата изготовления: |  |
| Дата и время отбора: |  |
| Место отбора образца (фактический адрес): |  |
| Количество проб (вес): |  |
| Масса партии: |  |
| Кем отобран образец: | □ Заказчиком / представителем заказчика □ Представителем лаборатории \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *фио, должность* |
| В присутствии: |  |
| Кем доставлен образец: | □ Заказчиком / представителем заказчика □ Представителем лаборатории \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *фио, должность* |
| **Исследуемые показатели:** | **НД на метод исследований/****измерений** | **На соответствие требованиям**(ТР ТС, ГОСТ, ТУ и др.): | **По факту**(при отсутствии нормативной документации результат выдается без норм) |
| **□ Микробиологические:**  |  |  |  |
| **□ Бактериологические:** |  |  |  |
| **□ Физико-химические:** |  |  |  |
| **□ Химико-токсикологические:** |  |  |  |
| **□ Радиологические:** |  |  |  |
| **□ Органолептические:** |  |  |  |
| **□ Диагностические:** |  |  |  |
| **□ ГМО (**генетически модифицированные организмы **(**ПЦР**))** |  |  |  |
| **□Прочие:**  |  |  |  |
| Метод отбора (НД), план отбора проб: |  |
| Вид упаковки: |  |
| Образцы: | □ Упакованы □ Опломбированы (№ сейф-пакета (пломбы) при их наличии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) □ Опечатаны□ Не опечатаны |
| НД на продукцию *(ГОСТ, ТУ, СТО и др. НД, необходимо предоставить копии)*: |
| При получении результата исследований необходимо учитывать неопределенность?*Погрешность методики измерения прописана в результатах исследований по умолчанию.* | * нет  да*  |
| Исследования провести с выдачей Протокола испытаний с ссылкой на уникальный номер записи об аккредитации в реестре аккредитованных лиц **√\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*подпись*Исследования провести с выдачей Протокола испытаний без ссылки на уникальный номер записи об аккредитации в реестре аккредитованных лиц  **√\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*подпись*  |
| Цель проведения лабораторных исследований*(нужное отметить галочкой)* | □ Декларирование соответствия □ Сертификация продукции □ Госконтроль □ Мониторинг □ Внутренний контроль □ Выписка ВСД **(*только при наличии заполненного акта отбора проб*)**  Прочее \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| С областью аккредитации, сроками проведения, прейскурантом цен ознакомлен, с методами и методиками согласен. □Оповещен о том, что образцы не хранятся и будут уничтожены □ | Выбор оптимальных методов и методик испытаний (измерений) образцов (проб, объектов) предоставляю испытательной лаборатории**√\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *подпись* |
| Идентификация образца проведена: □ заказчиком  □ сотрудником ОПОИ  □ заказчиком в присутствии сотрудника ОПОИ  | □ по наименованию | □ органолептическим методом |
| □ визуальным методом |  |

Возврат образцов: □ да (за исключением скоропортящихся и подвергшихся разрушающим методам воздействия) □ нет

 тары: □ да □ нет !*Возврат образцов и тары из «заразной зоны» не осуществляется!*

Оригинал протокола испытаний *(отметьте нужное)*:

|  |  |
| --- | --- |
|   *выдать на руки:*□ *определенному лицу (по паспорту) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;* □  *любому представителю (по доверенности);* | □ *по Почте России.*□ *по email**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

Мною \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. физ.лица или лица, действующего от имени заказчика)

подтверждается факт отбора вышеуказанных проб (образцов) материалов и гарантируется своевременная оплата за проведенные лабораторные исследования в соответствии с выставленными платежными документами.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_**√**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(должность) (подпись)

|  |  |
| --- | --- |
| *Отметка**лаборатории* | **Испытательная лаборатория не несет ответственности за соблюдение условий отбора, хранения, транспортирования образцов, если проба отобрана заказчиком**Дата, время поступления материала \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Доставлено проб\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Масса пробы Температура образцов на момент поступления в ОПОИ Специалист, принявший пробы  подпись фамилия и инициалы |

|  |
| --- |
| ***Анализ заявки проведён, объекты контроля, показатели, методики испытаний, сроки выполнения, стоимость согласованы:***ИЛ имеет возможности и ресурсы для выполнения испытаний. Конфликт интересов отсутствует, требования беспристрастности выполняются. Технические возможности имеются. Документы представлены в полном объеме.  |
| Подпись сотрудника ОПОИ |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Субподрядные исследования согласованы:*** | ***Подпись*** |
| Подпись заказчика | **√** |
| Выбор заказчика: |

*Примечания*:

Данные о заказчике и исследуемых образцах заносятся в АС «Веста», приложение базы данных ЛИС версия 2.0. Протоколы испытаний, оформленные с ссылкой на уникальный номер записи об аккредитации в реестре аккредитованных лиц, вносятся в личный кабинет ИЛ в ФГИС Росаккредитации.

В случае получения положительных результатов исследования на заболевания, включенные в перечень заразных, в том числе особо опасных, болезней животных, по которым могут устанавливаться ограничительные мероприятия (карантин), информация будет передана в Управление ветеринарии Тюменской области и главному гос.вет.инспектору района (города) (Приказ Минсельхоза России от 19.12.11 г. №476; Приказ Управления ветеринарии Тюменской области №79-ос от 24.03.2014 г.).

Заказчик выражает свое согласие на обработку персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 г. № 152-ФЗ «О защите персональных данных» и дает свое согласие на обработку (сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, уничтожение персональных данных (фамилии, имени, отчества, года, месяца, даты и места рождения, паспортных данных, адреса места жительства, иных данных), в случаях и соблюдением порядка, предусмотренных законодательством о персональных данных, в целях соблюдения законов и иных нормативных правовых актов, связанных с оказанием ветеринарных услуг. Кроме того, Заказчик дает свое согласие на передачу третьим лицам указанных сведений в целях, предусмотренных ветеринарным законодательством

Заказчик обязуется оплатить услуги в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней с момента получения счета.

Документы, направленные по средствам электронной связи являются юридически значимыми.

\_√\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 *подпись ФИО*

Дополнительные сведения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_