



ДЕРЖАВНЕ ПІДПРИЄМСТВО «КИЇВСЬКИЙ ОБЛАСНИЙ, НАУКОВО-ВИРОБНИЧИЙ
ЦЕНТР СТАНДАРТИЗАЦІЇ, МЕТРОЛОГІЇ ТА СЕРТИФІКАЦІЇ»

Україна, 09113, Київська обл., м. Біла Церква, вул. Січневого прориву, 84,
телефакс: (0456) 34-70-62, e-mail: lab1@centr.bcdst.kiev.ua

Прот № _____ від "___" _____ 20__ р.

Реєстр. № _____

ЗАЯВКА НА ПРОВЕДЕННЯ ВИПРОБУВАНЬ ЗРАЗКІВ

від « _____ » _____ 2020 р.

Замовник:

Назва організації / ПІБ (для приватних осіб)	
Адреса/	
Контактні дані представника ЗАМОВНИКА (ПІБ директора (керівника) повністю); телефон, факс, електронна пошта)	

Виробник:

Назва організації ЛПБ (для приватних осіб)	
Адреса/	

Просимо провести випробування зразків продукції:

№ п/п	Найменування зразків	НД на продукцію	Розмір партії Один. вим	Дата виготовлення	К-сть відібраних зразків	Види випробувань

Додаткові вимоги Замовника

(ВЛ на вимогу Замовника надає заяву про відповідність специфікації або стандарту з документуванням застосовного правила прийняття рішення з урахуванням рівня ризику (п. 7.8.6 ДСТУ ISO/IEC 17025:2017):

--

Підпис представника ЗАМОВНИКА _____ « _____ » _____ 2020 р.

(підпис) (ініціали та прізвище)

Рах. № 62/ _____