|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ФБУ «Тюменский ЦСМ»  ИАЛ «Тюмень-тест»  625034, г. Тюмень, ул. Камчатская, д.201, строение 8  тел: (3452) 59-29-08  e-mail:scheglova@csm72.ru |
| Дата поступления заявки: |
| «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г |

**ЗАЯВКА**

на оказание услуг (проведение лабораторных испытаний)

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование заказчика (фамилия, инициалы): | ***Иванов И.И*** |
| Почтовый адрес: | ***Тюменская область, г.Тюмень, ул.Республики, 25*** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование пробы (образца) | Вид исследования (показатели) | НД на методику испытаний |
| **1.** | ***Колбаса Докторская*** | ***массовая доля жира*** | ***ГОСТ 23042-2012, п.7*** |
| ***массовая доля белка*** | ***ГОСТ 25011-2017, п.7*** |
| ***Антибиотики*** |  |

Право выбора метода испытаний оставляю за исполнителем  **ДА**/НЕТ *(нужное подчеркнуть)*

Цель испытаний: ***производственный контроль; декларирование; сертификация; подтверждение соответствия***

Необходимость предоставления мнений и интерпретаций: ***результаты испытания по антибиотикам предоставить в мг/кг***

Необходимость предоставления нормируемых значений определяемых показателей **ДА/***НЕТ* *(нужное подчеркнуть)*

НД, устанавливающий требования к нормируемым значениям: ***ТР ТС, ГОСТ , ТУ***

***с указанием наименования пробы***

Дополнительные требования к протоколу испытаний ***дать расшифровку, что включает в себя тетрациклиновая группа***

Отметка о необходимости *(нужное подчеркнуть)*:

**счет**/договор

отправка скан-копии протокола на эл.почту ***ДА****/*НЕТ, эл.почта ***Ivanov@mail.ru***

отправка оригинала протокола (-ов) испытаний почтой России **ДА**/НЕТ, почтовый адрес

***625234, Тюменская область , г.Тюмень, ул.25****\_*

**Контактное лицо по заявке:**

ФИО ***Иванов А.С***

Контактный телефон, эл. почта ***89504878336, Ivanov@mail.ru***

Заявитель:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***28.06.2021*** |  |  |  | ***Иванов И.И*** |
| дата |  | подпись |  | расшифровка подписи |

Я, **Иванов Иван Иванович**, даю согласие ФБУ «Тюменский ЦСМ» на обработку персональных данных в целях использования для передачи сведений в ФГИС Росаккредитации.

Дата 2**8.06.2021** Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_