Директору ООО «Центр

 гигиены и экологии»

 / Ф.И.О. /

|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный №\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.Договор №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. |  **ЗАЯВЛЕНИЕ** **на проведение инспекции** |
| **1.** |  |
|  |  (наименование юридического/физического лица) |
| В лице |  |
|  | (Ф.И.О. руководителя или представителя) |
| действующего на основании |  |
| **Реквизиты организации:** |
| Юридический адрес |  |
| Фактический адрес |  |
| ИНН/КПП |  |
| р/с |  |
| БИК |  | ОГРН |  |
|  |  |  |  |
| **Прошу провести экспертизу документов и выдать экспертное заключение по оценке зданий, сооружений, помещений, оборудования и иного имущества для осуществления деятельности по сбору, транспортированию, обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению (нужное подчеркнуть)****отходов I-IV классов опасности объекта:**  |
| **(указать адрес осуществления медицинской деятельности)** |
| **Передать результаты инспекции**(отметить необходимое): | □ лично в руки □ курьерской почтой  | □ по электронной почте |
| **2. Список необходимых для проведения инспекции документов:** согласно списка необходимых документов для проведения инспекции для получения (продления СЭЗ) на медицинскую деятельность, прилагаемого к заявлению. |
| **Контактное лицо** |  |
|  |  |
| контактный телефон: |  | e-mail: |  |
|  |  |  |  |
| **С областью аккредитации ознакомлен, с методами инспекции согласен.** **Оплату гарантирую.** Я своей волей и в своем интересе выражаю согласие на обработку ООО «Центр гигиены и экологии (далее – Оператор) моих персональных данных, указанных мною в настоящем заявлении и (или) ставших известных Оператору в результате исполнения настоящего заявления, совершаемую с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (предоставление), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение в целях осуществления Оператором деятельности в соответствии с Уставом.  |
| (дата) | (должность, Ф.И.О. представителя, подпись) |
| М.П. |
| Документы принял |  |
|  |  (подпись, фамилия, инициалы, должность сотрудника, принявшего заявление) |