|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | ОсОО «Биовит» | | |
| *(Наименование организации)* | | |
| село Сокулук, ул. Советская 207 | | |
| *(адрес)* | | |
|  | | |  | | |
| **Письмо - Заявка**  **на проведение испытания** | | | | | |
| 1. |  | | | | |
| *(наименование организации заявителя)* | | | | |
|  | | | | |
| *(код ОКПО и ИНН)* | | | | |
|  | *(банковские реквизиты)* | | | | |
| юридический адрес: | |  | | | |
|  | |  | | | |
| телефон | |  | | факс |  |
| в лице | |  | | | |

*(Ф. И. О. руководителя)*

Просит провести испытание:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Наименование препарата | Форма | Дозировка | Количество в упаковке | Серия | Срок годности | Наименование производителя | Показатели испытания | Наименование/номер нормативного документа\* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Примечание:\* - Указать номер утвержденного нормативного документа (НД/ФС/ВФС/ТУ/ГОСТ/Монографии из фармакопей) на препарат.

2. Прилагаются следующие документы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать номер нормативного документа (НД/ФС/ВФС/ТУ/ГОСТ/Монографии из фармакопей) на препарат)*

3. Прилагаются следующие СО и/ или реактивы:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование | Количество | Серия | Срок годности | Сертификат качества | Примечание |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

3. Обязуюсь:

- соблюдать условия договора;

- оплатить все расходы, связанные с испытаниями.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заявитель |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    *подпись* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Ф.И.О.* |

М.П. «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_г.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Принял/ Согласовал методику | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *дата* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   подпись* | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Должность Ф.И.О.* |

По заявленным показателям согласованы методы испытания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(указать методы испытания по нормативному документу или альтернативный)*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Согласен/на | *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*  *дата* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    *подпись* | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Ф.И.О.* |