Федеральное бюджетное учреждение «Государственный региональный центр стандартизации, метрологии

и испытаний в г.Москве и Московской области»

(ФБУ «Ростест-Москва»)

Клинский филиал

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

141607, Московская область, г. Клин, ул. Дзержинского, 2

тел: (496) 242-41-62 факс: (496) 247-70-70

Call-Центр: 495-544-00-00

E-mail: info.kln@rostest.ru, [www.rostest.ru](http://www.rostest.ru)

Директору Клинского филиала

ФБУ «Ростест-Москва»

Зарембо Н.В.

*На бланке организации*

ВНИМАНИЕ!

Данную заявку следует присылать в редактируемом формате (WORD)

Исх. № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.

**ЗАЯВКА НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ УСЛУГ**

**Наименование организации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ИНН (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

**Номер коммерческого предложения (если предоставлялось)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Д**оговор (Гос. контракт)**\*на выполнение работ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**При отсутствии договора:**

Просим Вас провести **поверку/калибровку СИ/аттестацию ИО/МКС\*\*** на установленных в вашей организации условиях и **оформить:**

|  |  |
| --- | --- |
| **ОБЯЗАТЕЛЬНО указать (ДА/НЕТ)** | |
| Предметный договор (разовое выполнение работ по заявке) | Договор на метрологические работы (услуги) сроком на 1 (один)год |
| \_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_ |

Необходимость выставления предварительного счета: \_\_\_\_\_\_\_ (**ОБЯЗАТЕЛЬНО указать ДА или НЕТ)**

Просим Вас осуществить **поверку/калибровку СИ/аттестацию ИО/МКС\*\*:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Наименование СИ** | **Тип средства измерений** | **Класс точности, погрешность/**  **неопределенность\*\*\*** | **Пределы (диапазон)**  **измерений** |  | **Кол-во** | **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ** | |
| **Номер в Государственном реестре средств измерений** | **Выезд специалиста (ДА/НЕТ)** | **Услуга срочной поверки СИ (1/3/5 рабочих дней)** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Адрес места выполнения работ (указывается в случае проведения работ на выезде): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Комментарий: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**На предоставленную мной электронную почту (e-mail) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_прошу отправить уведомление об окончании работ по данному счету/ договору.**

**Должностное лицо, ответственное за составление заявки: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(должность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(телефон)**

**\*- в случае отсутствия договора, при первичном обращении необходимо приложить: карту предприятия с указанием КПП для счетов-фактур/плательщика; ФИО руководителя; документ, подтверждающий его полномочия; способ отправки договора (выбрать вариант: почтой России, заберём сами).**

**\*\*- нужное подчеркнуть.**

**\*\*\*- при отсутствии (не знании) ставить прочерк «-».**

***Примечание:***

В случае проведения поверки (калибровки) средств измерений, **которые Вы планируете включить** **в состав эталона** (при первичной аттестации эталона), необходимо предоставить сведения о соответствии средства измерений конкретному разряду и указать государственную поверочную схему. При присвоении разряда по локальной поверочной схеме приложить её к настоящему письму (в графе «Эталон»).

В случае проведения поверки (калибровки) средств измерений, **входящих в состав эталона** (при периодической аттестации эталона), необходимо приложить копию «Правил содержания и применения эталона» к настоящему письму (в графе «Эталон»).