

ДЕРЖАВНА УСТАНОВА «КИЇВСЬКИЙ МІСЬКИЙ ЦЕНТР КОНТРОЛЮ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»		
Ф-7.1-33-01		
Видання 01		
Дата 15.01.2025		
Сторінка 1 із X		

**ЗАЯВКА
НА УЧАСТЬ У РАУНДІ
ПРОВЕДЕННЯ ПЕРЕВІРКИ ПРОФЕСІЙНОГО РІВНЯ**

1. Повне найменування юридичної особи учасника: _____
2. Повна назва лабораторії учасника: _____
3. Місцезнаходження юридичної особи учасника відповідно до ЄДР юридичних осіб: _____
4. Фактичне місцезнаходження установи учасника: _____
5. Код ЄДРПОУ _____
6. Контактна особа зі сторони учасника: _____
7. Контактний телефон: _____
8. Електронна пошта, E-mail: _____

№ раунду	Матриця	Аналіт	Маса зразка/ кількість	Умови доставки*
1	2	3	4	5

* Доставка контрольного зразка: контрольні зразки для проведення мікробіологічних та вірусологічних досліджень учасник повинен забрати самостійно.

У разі проведення Схеми (програми) перевірки професійного рівня із використанням ілюстрованого матеріалу зразки та завдання до них надсилаються електронною поштою (вказати електронну адресу).

Транспортування зразка буде відбуватися згідно наданої провайдером ППР інструкції з дотриманням правил біобезпеки.

«____» _____ 20__ р.

Керівник установи: _____
(ім'я, прізвище)

(підпис)
М.П.