

Директору ДУ «ІГЗ НАМНУ»
Ігорю ШКРОБАНЦЮ

02094, м. Київ, вул. Гетьмана
Павла Полуботка, 50
(юридична адреса організації)

ЗАЯВКА
на участь у ПРОГРАМІ ПЕРЕВІРКИ ПРОФЕСІЙНОГО РІВНЯ

Назва лабораторії	
Керівник лабораторії	
	(прізвище, ім'я, по-батькові повністю)
Адреса лабораторії	
	(тестові зразки і супутня інформація будуть надсилатися на цю адресу)
Тел.	
e-mail	
Назва юридичної особи	
Керівник організації	
	(ПІБ, посада, на основі чого діє)
Юридична адреса	
Тел.	
e-mail	
Реквізити банку	
	(Назва банку, МФО, розрахунковий рахунок)
Код ЄДРПОУ	
І.П.Н.	
Спосіб доставки зразків	☐ Відділення Нової пошти ☐ Адресна доставка кур'єром
	(номер відділення)
Контактна особа для поштової служби	
	(прізвище, ім'я повністю)
Тел. (мобільний) контактної особи	

№	Тестове завдання	Участь	
1	Верифікація невизначеності процедури зважування (7300 грн, з ПДВ)	☐ ТАК	☐ НІ
2	Верифікація невизначеності для тесту кількісне визначення методом рідинної хроматографії (9900 грн, з ПДВ)	☐ ТАК	☐ НІ
	Додатковий комплект зразків (2500 грн/шт, з ПДВ)	☐ ТАК	☐ НІ
		(кількість, шт)	

Оплату гарантуємо.
М.П.
Керівник організації

(підпис)

(прізвище, ініціали)

Головний бухгалтер

(підпис)

(прізвище, ініціали)