**Федеральное бюджетное учреждение «Государственный региональный**

**центр стандартизации, метрологии и испытаний в Омской области»**

**(ФБУ «Омский ЦСМ»)**

Адрес: 644116, г. Омск, ул. 24-я Северная, 117а, тел (3812) 68-07-99, факс 68-04-07  
<http://csm.omsk.ru> E-mail: [info@ocsm.omsk.ru](mailto:info@ocsm.omsk.ru)

**Заявка на проведение индивидуальной дозиметрии персонала**

1. Наименование и адрес заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Дата выдачи дозиметра (-ов) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Дата изъятия дозиметра (-ов) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Сведения о персонале:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | ФИО (полностью) | № дозиметра | Место расположения дозиметра\* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**\* Указать 1 – при размещении на нагрудном кармане спецодежды либо внутри него; 2 – при размещении на поверхности спецодежды в области нижней части живота**

Необходимость оформления документов:

 оформить счет /  счет оформлен № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 оформить договор /  договор оформлен № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактные данные ответственного лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Представитель Заказчика \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (Ф.И.О.)