ТФ 7.1-28(РК)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Государственное бюджетное учреждение****Калужской области****«Мосальская межрайонная станция по борьбе с болезнями животных»****(ГБУ КО "Мосальская межрайонная СББЖ ")**249930, Калужская область, г. Мосальск, ул. Революции, д.65тел. факс /48452/ 2-12-35, e-mail: **mosvet2011@yandeх.ru** | Заказчик: |  |
|  | (наименование организации или |
|  |
| ФИО физического лица), |
|  |
| юридический адрес |
|  |
|  |  |
| (регистрационный номер образца) |  |  |
|  |  |  |
| (шифр образца) |  | (дата, время поступления образца) |

**ЗАЯВКА НА ИСПЫТАНИЯ**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование образца: |  |
|  |  |
| НД, по которому произведён продукт: |  |
| Масса образца: |  |
| Масса партии: |  |
| Заказчик: |  |
|  |  |
|  | (наименование организации или ФИО физ. лица, юридический адрес) |
| Отбор проб произвёл: |   |  |  |
|  | (должность, ФИО специалиста, осуществившего отбор проб) |  | (Дата и время отбора) |
| В присутствии:  |  |
|  | (должность, ФИО специалиста) |
| Место отбора образца: |  |
|  | (наименование организации, фактический адрес) |
| Образец отобран согласно: |  |
|  | (НД на отбор проб, акт отбора проб) |
| На соответствие требованиям: |  |
|  | (ГОСТ, ОСТ, ТУ и др. НД)\* |
| В целях: |  |
| Изготовитель: |  |
| Дата выработки (изготовления): |  | срок годности: |  | при t˚: |  |
| Условия доставки образцов: |  |
| Дополнительная информация: |  |

Возврат проб: не требуется: требуется:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Вид испытаний | Метод испытаний | Срок проведения испытаний |
| 1. | Антибиотики  | Иммунологический ГОСТ 33219-2013 | 3-5 дней |
| 2. | КМАФАнМ | Микробиологический ГОСТ 32901-2014 п. 8.4 |
| 3. | Бактерии рода Salmonella | Микробиологический ГОСТ 31659-2012 |
| 4. | Соматические клетки | Вискозиметрический ГОСТ 23453-2014 п. 6 |

Согласен с выбором методов испытаний/исследований.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Протокол испытаний предоставить:На обработку личных данных согласен. Оплату гарантирую. | **на руки:** |  |  |
| **по факсу:** |  |  |  |
| **Эл. почтой:** |  |  |  |
| **Почтой России** |  | (указать адрес, индекс) |
|  |
| Количество необходимых экземпляров протоколов испытаний  |  |  |
| Расчёт за оказание услуги: |  наличный |  | безналичный |  |
| Состояние образцов: |  |
|  | (внешний вид образца и упаковки) |
| Выявленные дефекты: |  |
| Сотрудник приема |  |  ( ) |
|  | (подпись) |  (расшифровка подписи) |
| Заказчик |  |  ( ) | Тел.:  |
|  | (подпись) | (расшифровка подписи) |  |

Дата "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.