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.65  тел. 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.