**Руководителю органа по**

**сертификации продукции**

**ООО «МСЦ»**

# ЗАЯВКА

**на проведение идентификации продукции по группе потенциального биомеханического риска (RB)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Заявитель: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| полное наименование заявителя (юридическое лицо или физическое лицо в качестве индивидуального предпринимателя) | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Юридический адрес: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| адрес юридического лица или места жительства индивидуального предпринимателя | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Фактический адрес (адрес места осуществления деятельности): | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| включая наименование государства на русском языке | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Адрес установки аттракциона: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| ИНН |  | | | | ОГРН/ОГРНИП | | | |  |
|  | | | | | | | | | |
| Телефон | |  | | | E-mail |  | | | |
|  | | | | | | | | | |
| в лице | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| фамилия, имя, отчество руководителя, должность | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Изготовитель: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| наименование изготовителя | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| просит провести идентификацию продукции: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| наименование продукции, год выпуска | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| эксплуатационная документация (формуляр/паспорт/инструкция по эксплуатации и т.д.) | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Дополнительные сведения (информация): | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| скан копии эксплуатационных документов | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Руководитель организации | | |  |  | | |  |  | |
|  | | |  | подпись | | |  | инициалы, фамилия | |
|  | | |  |  | | | М.П. |  | |
|  | | |  |  | | |  |  | |