Руководителю Руководящего органа СДС «ОБ» /

Руководителю органа добровольной оценки

и подтверждения соответствия (сертификации) СДС «ОБ»

ЗАЯВКА

на проведение оценки и добровольного подтверждения соответствия (сертификации)

……………………………………………………………………..

(название организации)

**Юридический адрес:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| e-mail: | Телефон: | Факс: |

в лице генерального директора: ………………………………………………………………

 (фамилия, имя, отчество руководителя)

Просит провести работы по оценке и добровольному подтверждению соответствия (сертификацию) в Системе добровольной сертификации «Охрана и безопасность» на соответствии требованиям ГОСТ Р ХХ.Х.ХХ-ХХХХ и СДС «ОБ» с выдачей свидетельства (сертификата) о соответствии установленной в СДС «ОБ» формы

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(коды видов экономической деятельности по ОК029-2014 (КДЕС Ред.2)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Банковские реквизиты | ИНН: | КПП: |
| Р/с: |
| Банк | БИК: |
| К/с: |

Ответственный за связь ……………………………………………………………

 (должность, фамилия, имя, отчество)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| e-mail: | Телефон: | Факс: |

С процедурами проведения оценки и добровольного подтверждения соответствия (сертификации) и требованиями СДС «ОБ» ознакомлен и обязуюсь выполнять.

Численность персонала организации: \_\_\_\_ чел.

Численность экипажей ГБР в смену: \_\_\_\_\_ ед.

Количество регионов где оказываются услуги: \_\_\_\_.

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование организации-заявителя) (подпись) ( Ф.И.О.)

**М.П.**

Главный бухгалтер **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (подпись) (Ф.И.О.)