**БЛАНК ОРГАНІЗАЦІЇ ЗАМОВНИКА**

Директору ДП "Комітет з питань

                                                                       гігієнічного регламентування

                                                                       МОЗ України"

                                                                       Ковалю Р.В.

             Просимо провести державну реєстрацію або перереєстрацію або

надати Карти даних небезпечного фактора  *(необхідне вибрати та написати)***:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Назва речовини | № CAS | № Держреєстрації | Строк дії реєстрації | Вітчизняна речовина чи імпортна |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Повна назва підприємства (установи, організації)** згідно зі Статутом**:**

**Скорочена назва підприємства(установи, організації)** згідно зі Статутом**:**

**Юридична адреса:**

**Поштова адреса:**

ЄДРПОУ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рахунок у форматі IBAN\_\_\_\_\_\_\_\_\_, банк\_\_\_\_\_\_\_

Свідоцтво ПДВ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_або Витяг

ІПН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Увага! Прискорений термін надання стосується виключно оформлення Карти даних.**

**На реєстрацію або перереєстрацію це не поширюється!!!**

Термін надання Карти даних небезпечного фактора (*вибрати необхідне*):

√ Стандартний  або √ Терміновий

(30 календарних днів з моменту оплати) (5 робочих днів з моменту оплати)

**Оплату гарантуємо.**

**Додаток:** перелік документів, що додаються

**Виконавець:** *прізвище, ім,я, контактний телефон.*

Посада керівника Прізвище та підпис керівника

Печатка