(на бланке организации)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Руководителю Органа инспекции ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» |
|  | Шулькину И.М. |
|  | 127051, Москва, ул. Петровка, д. 24, стр. 1 |
|  | тел.: +7 495 276-04-36, e-mail: npkc-inspection@zdrav.mos.ru |
|  |  |
|  | От  |
|  | (наименование юридического лица организации-заявителя) |
|  |  |
|  | ([юридический адрес](http://pandia.ru/text/category/adres_yuridicheskij/) организации, ИНН) |
|  | +7 (495) 575-88-22 |
|  | (телефон/факс, e-mail) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Исх. № |  | от |  |
| Вх. № |  | от |  |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**на проведение работ по оценке соответствия**

Просим Вас провести (поставьте знак V напротив заказываемой инспекции)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | М01-ОИ Организация деятельности, ведение документации по безопасности в отделениях (кабинетах) лучевой диагностики, лучевой терапии |
| [ ]  | М02-ОИ Организация и управление кадровым составом в отделениях (кабинетах) лучевой диагностики, лучевой терапии |
| [ ]  | М03-ОИ Организация деятельности, регламент работы, качество оказания медицинских услуг в отделениях (кабинетах) лучевой терапии |
| [ ]  | М04-ОИ Контроль безопасности обустройства кабинетов медицинских организаций |
| [ ]  | М05-ОИ Контроль безопасности и технического состояния оборудования медицинских организаций |
| [ ]  | Р01-09 Проведение оценки качества выполнения и интерпретации рентгенорадиологических исследований в отделении лучевой диагностики |

Сведения об организации-заявителе:

|  |  |
| --- | --- |
| Адрес места проведения работ |  |
| Контактное лицо в МО: |  |
| Должность |  |
| ФИО |  |
| Контактный телефон |  |
| E-mail |  |
| Специальные условия проведения инспекции (при наличии) |  |

Перечень прилагаемой документации:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № пп | Наименование документации | Количество листов |
|  | Административно-организационные, разрешительные документы |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | … |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (Дата) |  | (Подпись заявителя) |  | (Расшифровка подписи) |

МП