(на бланке организации)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ»Ю.А.Васильеву |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Исх. № |  | от | дд.мм.гггг |
| Вх. № |  | от | дд.мм.гггг |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Просим Вас провести проверку следующих средств радиационной защиты на свинцовый эквивалент:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Название средств радиационной защиты** | **Заводской/****серийный номер** | **Изготовитель** | **Свинцовый эквивалент, мм Pb** |
| *1* | *Фартук защитный односторонний легкий ФРЗОл-«Р-К»* | *1* | *ООО «Спецмедприбор»* | *0,25* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Просим ИЛ ГБУЗ «НПКЦ ДиТ ДЗМ» самостоятельно осуществлять выбор методов и методик испытаний (измерений) без согласования с Заказчиком.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (Должность руководителя) |  | (Подпись заявителя) |  | (Расшифровка подписи) |

МП