Нысан Ф-02-ВП-31

**Біліктілікті тексеру бағдарламасына қатысуға**

**ӨТІНІМ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

БТ бағдарламасының атауы және коды (Кәсіпорын сайтында көрсетілген бағдарламалардың ішінен таңдалып көрсетіледі)

|  |  |
| --- | --- |
| Сынақ объектісінің атауы: |  |
| Өлшенетін шамалар (анықталатын көрсеткіштер): |  |
| Анықталатын көрсеткіштерді өлшеудің жұмыс ауқымы, өлшем бірліктері |  |
| Сынақ әдісіне арналған нормативтік құжат: |  |
| Зертханалық қызметті жүзеге асыратын құрылымдық бөлімнің атауы: |  |
| Аккредитация аттестаты (бар болған кезде): |  |
| Зертханалық қызметті жүзеге асыратын құрылымдық бөлім басшысының аты-жөні, лауазымы: |  |
| Зертханалық қызметті жүзеге асыратын құрылымдық бөлім басшысының мекенжайы, телефоны, e-mail: |  |
| Ұйымның атауы, БСН, мекенжайы, телефоны, банк реквизиттері (ИСК, банктың атауы, БСК): |  |
| Ұйым басшысының аты-жөні, лауазымы: |  |

Біліктілікті тексеру бағдарламасына қатысуға өтініш беруші:

a) біліктілікті тексеру бағдарламасында және қатысушыларға арналған нұсқаулықта көзделген барлық талаптарды орындауға, оның ішінде біліктілікті тексеру турын іске асырудың белгіленген мерзімдерін сақтауға;

b) біліктілікті тексеру бағдарламасын жүргізуге байланысты шығыстарды төлеуге;

c) қатысушылар тобы құрылғаннан кейін және қатысудан бас тартылған жағдайда біліктілікті тексеру турының жоспарын алғаннан кейін осы өтінімді орындауға байланысты шығыстарды өтеуге міндетті.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Заңды тұлғаның басшысы | М.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (қолы) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (аты-жөні) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (күні) |
| Заңды тұлғаның  бас бухгалтері | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (қолы) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (аты-жөні) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (күні) |