**АНКЕТА УЧАСТНИКА**

межлабораторных сличений (МЛС) на 2025 год

|  |  |
| --- | --- |
| **Полное и сокращенное наименование организации** (согласно аттестату аккредитации): | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Ф.И.О. и должность руководителя организации** (подписанта договора)**:** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Реквизиты предприятия** **(**БИН, ИИК, № KZ, банк и т.д.): | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Юридический адрес организации (**Страна, город, ул., здание, индекс**):** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Адрес для рассылки объектов сличений и писем (**Страна, город, ул., здание, индекс**):** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Наименование программы МЛС**  |
| **Поверка** | *Наименование и тип СИ с метрологическими характеристиками* |
| **Калибровка** | *Наименование и тип СИ с метрологическими характеристиками* |
| **Испытания** | *Определение (наименование объекта)* |
| **Контактное лицо** |
| **ФИО Должность** |  |
| **Телефон** (сот., городской)**e-mail:**  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Нужен ли договор или достаточно счета на оплату** |
| **Договор** | *Да* | *Нет* | **Счет** | *Да* | *Нет* |
| **Получение образцов** |
| **По почте** | *Да* | *Нет* | **Самовывоз** | *Да* | *Нет* |
|  |
| **Дата заполнения:** |  |
| **Подпись** |  |
|  | **М.П.** |

**Анкету с сопроводительным письмом просим выслать по адресу:** *info@ksm.kz*