|  |  |
| --- | --- |
| **Руководителю ОС СМК****ООО «РЕГИОНАЛЬНЫЙ** **ЦЕНТР ПО СЕРТИФИКАЦИИ»****В.Д. Миловановой** **454080, г. Челябинск****Ул. Витебская 1, помещ. 10****E-mail:** **rcs.chel\_vr@mail.ru** | **Копия:** **Руководителю Центрального органа** **СДС «Военный Регистр»****В.Д. Маянскому** |
|  |  |

**Заявка**

**на инспекционный контроль**

**системы менеджмента качества**

|  |
| --- |
|   |
| *(наименование организации (заказчика) полностью)*  |
| *(адрес местонахождения и адрес осуществления деятельности юридического лица с указанием почтового индекса)* |
| **в лице** |   |
|  | *(должность, фамилия, имя, отчество руководителя полностью)* |
| **просит провести плановый инспекционный контроль (№\_\_\_\_\_\_) системы менеджмента качества организации и подтвердить действие сертификата соответствия** **№\_ВР 10.1.\_\_\_\_\_\_\_\_\_-202\_\_\_ от «\_\_\_\_ » \_\_\_\_ . 202\_\_\_ г.** |
| *(номер сертификата соответствия)* |
| **в Системе добровольной сертификации «Военный Регистр».** |
|  |
| ***Дополнительная информация*** *(заполняется при необходимости внесения изменений в область сертификации СМК).* |
| **Необходимость соответствия органа по сертификации пункту 21 Постановления****Правительства Российской Федерации № 1036 от 11.10.2012 г. –нет.** |
|  |  |
| **Ответственный за связь:** | ***(заполнить)*** |
|  | *(должность, фамилия, имя, отчество полностью)* |
| **Телефон:** | *(Код города\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)* | **Факс:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Руководитель организации** |  |  |  |
|  | *(подпись)* |  | (*инициалы, фамилия)* |

 *МП*

|  |  |
| --- | --- |
|  ***Дата*** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Зарегистрирована в Реестре*** ***СДС «Военный Регистр*** | ***№***  |  |  |
|  |  |  | *дата* |