|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Руководителю ОС СМК**

**«Специальный Регистр»**

**Коломенской Н.Г.**

**ЗАЯВКА**

**на проведение инспекционного контроля системы менеджмента качества**

**в системе добровольной сертификации «Специальный Регистр»**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

наименование организации полностью

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

юридический адрес с указанием почтового индекса

**в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

должность, фамилия, имя, отчество руководителя полностью

**просит провести инспекционный контроль (этап №\_\_\_\_\_\_\_\_) системы менеджмента качества организации и подтвердить действие сертификата соответствия №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_г. в Системе добровольной сертификации «Специальный Регистр».**

**Дополнительная информация:** (заполняется при необходимости внесения изменений в область сертификации СМК).

**Ответственный за связь: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

должность, фамилия, имя, отчество полностью

**Телефон рабочий с кодом города:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;**

**Телефон сот.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;**

**E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .**

**Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_г.**

**м.п. (подпись) (инициалы, фамилия)**

**Зарегистрирована в Реестре**

**СДС «Специальный Регистр» №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г.**

**(рег. №) (число) (месяц)**

**СВЕДЕНИЯ ОБ ОРГАНИЗАЦИИ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование организации (***в т.ч. краткое наименование***)** |  |
| **Действующий почтовый ад-рес (***с указанием индекса***)** |  |
| **Фактический адрес**  *(с указанием индекса***)** |  |
| **Телефон (***с указанием кода города)* |  |
| **Факс (***с указанием кода города)* |  |
| **Е-mail** |  |
| **Количество площадок/филиалов с указанием адресов и численности персонала, видов деятельности (***при наличии)* |  |
| **Численность работающих на предприятии (***на которых распространяется Заявка***), в том числе по сменам (***при наличии)* |  |
| **Представитель руководства по качеству** *(должность, фамилия, имя, отчество полностью, телефон, Е-mail***)** |  |
| **Руководитель службы качества (***должность, фамилия, имя, отчество полностью, телефон, Е-mail***)** |  |
| **№ расчетного счета** |  |
| **Наименование банка, местонахождение банка** |  |
| **№ корреспондентского счета** |  |
| **ИНН** |  |
| **БИК** |  |
| **КПП** |  |
| **ОКВЭД** |  |

**Руководитель организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/**

*(подпись) (инициалы, фамилия)*

***м.п.***