

## Консультация

Регистрационный №: \_\_\_\_\_

Главному врачу филиала ФБУЗ «Центр гигиены и  
эпидемиологии в городе Москве»  
в САО города Москвы  
Черкасовой Л.В

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г.

### Заявление на проведение санитарно-эпидемиологической оценки (консультации)

Заявитель ИП Петров Д.А

(наименование юридического лица, индивидуального предпринимателя)

юридический адрес: г. Москва, пр-т Мира, д.118

ИНН/КПП/ОГРН 34528765/1777946375/122288746537

номер телефона/адрес электронной почты BFTRE@mail.ru

планируемый вид деятельности (работ, услуг) парикмахерские услуги, маникюр, педикюр

на объекте салон красоты на 1-м этаже жилого дома

(наименование, тип)

адрес объекта г. Москва, ул. Островского, д.5, корп.2

**Прошу** дать консультацию (нужное указать):

о возможности использования помещений для осуществления деятельности (работ, услуг)

по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия – определение критических контрольных точек и проведение анализа рисков

по подготовке информационных, аналитических и других материалов по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия

по организации воздухообмена помещений

иное (указать)

**Заявитель ознакомлен** с методами, применяемыми Органом инспекции для подтверждения соответствия.

Выбор оптимального метода инспекции поручаю Органу инспекции.

Выбор нормативных документов, применяемых при проведении инспекции в рамках области аккредитации поручаю Органу инспекции.

**Заявитель обязуется:**

- предоставить все необходимые материалы и документы;

- оплатить расходы на проведение консультации.

**К заявлению прилагаются документы:**

- Доверенность (оригинал или копия, заверенная в установленном порядке).

- Карточка организации.

- Заверенная копия выписки из единого государственного реестра, полученная не позднее 6 месяцев назад.

- Заверенная копия договора аренды, свидетельства на право собственности или выписки из единого государственного реестра недвижимости.

- Заключение технической службы о системе вентиляции (обязательно для консультации по организации воздухообмена помещений).

**Заявитель проинформирован** о том, что проведение консультации начинается с момента поступления денежных средств на расчетный счет Филиала ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Москве» в САО города Москвы.

**Заявитель несет ответственность за достоверность представленных документов и информации**

ИП Петров Д.А

(должность, Ф.И.О.)

МП

подпись