|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  | | --- | --- | | Штамп (бланк) организации | ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в городе Санкт-Петербург» | |

**З А Я В К А**

**на проведение оценки рисков**

Прошу провести: *Оценку профессиональных рисков, связанных с ущербом здоровью и жизни работника в процессе его трудовой деятельности, связанных с воздействием вредных и/или опасных производственных факторов в рамках функционирования системы управления охраной труда\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(вид услуги, предусмотренную Прейскурантом Центра)

|  |  |
| --- | --- |
| Полное и сокращенное наименование предприятия |  |
| Адрес места нахождения (юридический адрес) |  |
| Место осуществления деятельности (фактический адрес) |  |
| ИНН |  |
| КПП |  |
| ОКВЭД |  |
| Расчетный счет |  |
| Банк |  |
| ФИО и должность руководителя (полностью) |  |
| Документ, на основании которого действует руководитель |  |
| Контактное лицо (ФИО, телефон, е-mail) |  |

Оплату гарантируем.

Приложение: Перечень рабочих мест подлежащих оценки рисков (или копия штатного расписания)

Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (должность) (Ф.И.О)

МП