|  |  |
| --- | --- |
| **ПЕЧАТАЕТСЯ НА ФИРМЕННОМ БЛАНКЕ ОРГАНИЗАЦИИ/ИП (при**  **наличии)**  Исх. № от | Главному врачу государственного учреждения «Новогрудский зональный центр гигиены и эпидемиологии»  Кропиковой О.С. |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

на осуществление административной процедуры

Наименование заявителя: Юридический адрес: Адрес места осуществления деятельности: УНП: телефон: адрес электронной почты: Наименование государственного органа (организации), осуществившего государственную регистрацию субъекта хозяйствования:

просит провести административную процедуру в соответствии с подпунктом

9.6.9 единого перечня административных процедур, осуществляемых в отношении субъектов хозяйствования, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 24 сентября 2021 г. № 548 «Об административных процедурах, осуществляемых в отношении субъектов хозяйствования»: « Получение санитарно-гигиенического заключения о

деятельности, связанной с использованием источников иных вредных физических воздействий (магнитно-резонансные томографы)»

(указывается наименование запрашиваемой административной процедуры)

К заявлению прилагаются:

* копия санитарного паспорта магнитно-резонансного томографа;

(документы и (или) сведения, необходимые для осуществления административной процедуры с указанием реквизитов

документов, количества листов и экземпляров)

Всего предоставлено документов и (или) сведений на листах.

Достоверность представляемых документов подтверждаю:

(подпись)

Решение об осуществлении административной процедуры просим (нужное подчеркнуть) направить по почте, по электронной почте, выдать представителю

(ФИО, должность, контактный телефон полномочного представителя (в случае личного получения решения))

О вынесении административного решения просим уведомить по телефону

или на электронную почту .

Заявитель

(подпись) (фамилия, инициалы)

Ф.И.О. исполнителя, контактный телефон