|  |  |
| --- | --- |
| Реквизиты организации тел. | **ГБУЗ «Центр контроля качества лекарственных средств** **Самарской области»**443070, г. Самара, ул. Партизанская, 33 |

**ЗАЯВКА**

**на изготовление титрованных растворов, реактивов, индикаторов**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Наименование  | Ед.изм. | Кол-во | Отпущено***(не заполняется)*** | Коэф.***(не заполняется)*** |
|  | **Титрованные растворы:** |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |
|  | **Реактивы, индикаторы:** |  |  |  |  |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

**Оплату гарантируем.**

Подпись ответственного лица

  *(руководитель или иное уполномоченное лицо)*

М.П.

Отпустил \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_