|  |  |
| --- | --- |
| 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_