Директору ДП «Комітет з питань

гігієнічного регламентування

МОЗ України»

Ковалю Р.В.

  Просимо провести державну реєстрацію (перереєстрацію) або надати Карти даних небезпечного фактора *(необхідне вибрати та написати)***:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Назва речовини | № CAS | № Держреєстрації | Строк дії реєстрації | Вітчизняна речовина чи імпортна  (країна виробник) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Повна назва підприємства (установи, організації)** згідно зі Статутом**:**

**Скорочена назва підприємства(установи, організації)** згідно зі Статутом**:**

**Юридична адреса:**

**Поштова адреса:**

ЄДРПОУ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

п/р\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_банк\_\_\_\_\_\_\_\_\_, МФО\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Свідоцтво ПДВ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_або Витяг

ІПН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Виконавець:** *прізвище, ім,я, контактний телефон.*

**Оплату гарантуємо.**

Прізвище та підпис керівника                                         Печатка