Назва підприємства/банківські реквізити

№\_\_\_\_\_\_ від «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Голові комісії з перетворення - керівнику ДП «Фармакопейний центр» |
|  | Олені ЛАВОШНИК |

Шановна Олено Михайлівно!

Просимо Вас атестувати наступні ФСЗ ДФУ для проведення контролю якості наступних препаратів:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Назва ФСЗ ДФУ | Каталожний номер | Кількість упаковок | Назва нормативної документації і номер реєстраційного свідоцтва | Показник якості | Метод аналізу |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |

**Шановні замовники!** Якщо на бланку підприємства зазначено декілька адрес, будь ласка зазначте адресу доставки ФСЗ ДФУ.

Директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 підпис і печатка П.І.Б.

Контактна особа:

П.І.Б.

телефон, e-mail