|  |  |
| --- | --- |
| Реквизиты  аптечной организации | Начальнику ГБУЗ  «Центр контроля качества лекарственных средств  Самарской области»  Осиповой О.В. |

**ЗАЯВКА**

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

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

**Оплату гарантируем.**

Подпись ответственного лица

(руководитель или другое уполномоченное лицо)

М.П.

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

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