Приложение № 2 к Договору №____/___
от "___"_____20___г.

Идентификация Заказчика
(Наименование, адрес местонахождения,
реквизиты)

ЛО ГКУЗ «Лаборатория»
Испытательная лаборатория (ИЛ)
191014 Санкт-Петербург,
ул. Некрасова, д.33
тел/факс (812) 579-18-46

_____

Наименование организации-заявителя

Дата_____

Приложение №2 к Договору №_____от_____20
В Ленинградское областное государственное учреждение здравоохранения "Контрольно-аналитическая лаборатория"
191014 г. Санкт-Петербург, ул. Некрасова д. 33
тел./факс 579-38-49, 579-18-46 e-mail: obl_lab@mail.ru

Заявка на проведение испытаний лекарственных средств

Просим провести испытания ниже перечисленных лекарственных средств.
Оплату гарантируем.

Наименование лекарственного средства	Серия	Количество (образца)	Наименование производителя. Страна производителя	Поставщик препарата	Закуплено по накладной (№, дата) в количестве	НД по которому производится анализ	Дополнительное поле

Приложения: 1. Образцы указанных лекарственных средств в количестве достаточном для проведения анализа
2. Акт отбора средних проб на указанные лекарственные средства
3. Паспорта завода-изготовителя (для отечественных производителей) или сертификат анализа (для зарубежных производителей)

Руководитель организации_____/_____/_

М.П.

Приложение:
1.Образы указанных лекарственных средств в кол-ве, достаточном для проведения анализа
2.Акт отбора проб (образцов) на указанные лекарственные средства.
3.Документ качества (аналитический паспорт, паспорт качества, сертификат анализа и т.п.) на указанные лекарственные средства.

Подлинность происхождения лекарственных средств Заказчик подтверждает предъявлением документов, перечень которых приведен в приложении к заявке.
С прейскурантом цен и сроками на проведение работ по проведению испытаний лекарственных средств ознакомлен.
Оплату гарантируем.

Контактное лицо, телефон _____

Руководитель организации _____ _____
Подпись Фамилия, инициалы

Главный бухгалтер _____ _____
Подпись Фамилия, инициалы

М.П. «_____» _____ 20 ___ г.

Подписи утверждения формы Заявки

Исполнитель	**Заказчик**
И.о. Директора ЛО ГКУЗ «Лаборатория"	_____
_____ М.М. Тоневицкая	_____ (ФИО)
МП	М.П.

Приложение № 3 к Договору №____/___
от "___"_____20___г.

Идентификация Заказчика
(Наименование, адрес местонахождения, реквизиты)

ЛО ГКУЗ «Лаборатория»
Испытательная лаборатория (ИЛ)
191014 Санкт-Петербург,
ул. Некрасова, д.33
тел/факс (812) 579-18-46

Приложение №3 к Договору №_____от___ ____20

Наименование организации-заявителя

В Ленинградское областное государственное казенное учреждение здравоохранения "Контрольно-аналитическая лаборатория"

191014 г. Санкт-Петербург, ул. Некрасова д. 33

тел./факс 579-38-49, 579-18-46 e-mail: obl_lab@mail.ru

Дата_____

АКТ отбора образцов лекарственных средств

Произведено изъятие образцов лекарвтсвенных средств комиссией в составе:_____

Цель отбора:_____

Место отбора:_____

Наименование лекарственного средства	Серия	Количество предоставленных образцов	Наименование производителя. Страна производителя	Описание образцов	Срок годности	Количество партии	Упаковка	Маркировка	Результат наружного осмотра

Руководитель организации_____/Ф.И.О./

Подписи утверждения формы Акта отбора

Исполнитель	**Заказчик**
И.о. Директора ЛО ГКУЗ «Лаборатория"	_____
_____ М.М. Тоневицкая	_____ (ФИО)
МП	М.П.

Приложение № 4 к Договору №____/___
от "___"_____20____г.

Идентификация Заказчика
(Наименование, адрес местонахождения,
реквизиты)

ЛО ГКУЗ «Лаборатория»
Испытательная лаборатория (ИЛ)
191014 Санкт-Петербург,
ул. Некрасова, д.33
тел/факс (812) 579-18-46

Дата_____ **АКТ возврата образцов лекарственных средств №____ от "___"_____20__г.**

прошедших экпертизу качества в Испытательной лаборатории Лениградсклого областного государственного казенного учреждения здравоохранения "Контрольно-аналитическая лаборатория"
По заявке №___от"__"_____20__г.

Наименование лекарственного средства	Серия	Коли-чество	Наименование производителя	Страна производителя	Вскрытие упаковки

Руководитель ИЛ ЛО ГКУЗ "Лаборатория" _____/М.М.Тоневицкая/ Принял_____/Ф.И.О./
исп. Провизор-аналитик_____/Ф.И.О./
МП __.____.____ Дата МП

Подписи утверждения формы Акта возврата образцов лекарственных средств

Исполнитель	**Заказчик**
И.о. Директора ЛО ГКУЗ «Лаборатория"	_____
_____ М.М. Тоневицкая	_____ (ФИО)
МП	М.П.

Приложение № 5 к Договору №____/____
от "___"_____20___г.

Идентификация Заказчика
(Наименование, адрес местонахождения, реквизиты)

ЛО ГКУЗ «Лаборатория»
Испытательная лаборатория (ИЛ)
191014 Санкт-Петербург,
ул. Некрасова, д.33
тел/факс (812) 579-18-46

Ленинградское областное государственное казенное учреждение здравоохранения "Контрольно-аналитическая лаборатория" ИНН 7842001689 КПП 784201001

191014, Санкт-Петербург г, Некрасова ул, дом № 33, тел.:т/ф579-18-46, т/ф 579-38-49 e-mail:obl_lab@mail.ru

Акт № ___ от _____ 20___ г.
об оказании услуг

Заказчик:

Основание: Договор №

Валюта: Руб.

№	Наименование работы (услуги)	Ед. изм.	Количество	Цена	Сумма
1					

Итого:
Итого НДС
Без НДС
Всего (с учетом НДС):

Всего оказано услуг на сумму: _____рублей 00 копеек.

Вышеперечисленные услуги выполнены полностью и в срок. Заказчик претензий по объему, качеству и срокам оказания услуг
не имеет.

От исполнителя: Ио.директора М. М. Тоневицкая
(должность) (подпись) (расшифровка подписи)
М.П.

От заказчика:
(должность) (подпись) (расшифровка подписи)
М.П.

Подписи утверждения формы Акта об оказании услуг

Исполнитель	**Заказчик**
И.о. Директора ЛО ГКУЗ «Лаборатория"	_____
_____ М.М. Тоневицкая	_____ (ФИО)
МП	М.П.

Приложение № 6 к Договору №___/___
от "___"_____20___г.

Идентификация Заказчика
(Наименование, адрес местонахождения, реквизиты)

ЛО ГКУЗ «Лаборатория»
Испытательная лаборатория (ИЛ)
191014 Санкт-Петербург,
ул. Некрасова, д.33
тел/факс (812) 579-18-46

Приложение № 6 к Договору №_____от_____20

Наименование организации-заявителя

В Ленинградское областное
191014 г. Санкт-Петербург, ул.

Дата_____

Заявка на проведение испытаний лекарственных средств, изготовленных в аптечной организации

тел./факс 579-38-49, 579-18-46 e-mail: obl_lab@mail.ru

Просим провести испытания ниже перечисленных лекарственных средств.

№ п/п	Наименование лекарственного средства	№ анализа (№ рецепта или требования)	Количество предоставленных образцов (мл, г)	Описание образцов (способ применения)	Дата изготовления	Срок годности	Количество партии (флаконов)

Руководитель организации_____/_____/_

Заявку принял:
М.п.

Подписи утверждения формы Заявки на проведение испытаний лекарственных средств, изготовленных в аптечной организации

Исполнитель	**Заказчик**
И.о. Директора ЛО ГКУЗ «Лаборатория"	_____
_____ М.М. Тоневицкая	_____ (ФИО)
МП	М.П.

Приложение № 7 к Договору №____/___
от "___"_____20___г.

Идентификация Заказчика
(Наименование, адрес местонахождения, реквизиты)

ЛО ГКУЗ «Лаборатория»
Испытательная лаборатория (ИЛ)
191014 Санкт-Петербург,
ул. Некрасова, д.33
тел/факс (812) 579-18-46

Типовая межотраслевая форма М-11
Утверждена постановлением Госкомстата России
от 30.10.97 № 71а (приложение 7)

ТРЕБОВАНИЕ-НАКЛАДНАЯ № _____

	Коды
Форма по ОКУД	315006
по ОКПО	36279727

Организация _____

Дата составления	Код вида операции	Отправитель		Получатель		Корреспондирующий счет		Учетная единица выпуска продукции (работ, услуг)
		структурное подразделение	вид деятельности	структурное подразделение	вид деятельности	счет, субсчет	код аналитического учета	

Через кого _____

Затребовал _____ Разрешил _____

Корреспондирующий счет		Материальные ценности		Единица измерения		Количество		Цена, руб. коп.	Сумма без учета НДС, руб. коп.	Порядковый номер по складской картотеке
счет, субсчет	код аналитического учета	наименование	номенклатурный номер	код	наименование	затребовано	отпущено			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Отпустил _____ _____ _____
(должность) **(подпись)** **(расшифровка подписи)**

Получил _____ _____ _____
(должность) **(подпись)** **(расшифровка подписи)**

Подписи утверждения формы Требования-накладной

Исполнитель	**Заказчик**
И.о. Директора ЛО ГКУЗ «Лаборатория"	_____
_____ М.М. Тоневицкая	_____ (ФИО)
МП	М.П.