**НАЗВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ**

# **ю/адрес: ИНН:**

**п/адрес: р/с:**

# **ул.**

**т/факс**

# **E-mail: БИК:**

**к/с:**

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_г. №\_\_\_\_\_\_\_

 **Генеральному директору**

**ООО «НТЦ Дефектоскопия»**

**Тиртиловой Н.А.**

 440000, г. Пенза,

ул. Московская/М.Горького 56/34

офис 231

тел./факс: 8(8412) 56-04-94

**Заявка**

Прошу Вас провести оценку соответствия \_\_\_\_\_ лифта(ов), тип лифта (ов)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **отработавшего(их) назначенный срок службы** согласно таблице:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Адрес установки лифта** | **Идентификационный номер** | **Изготовитель** | **Месяц, год выпуска** | **Дата ввода в эксплуатацию** | **Дата последнего ТО** | **Число остановок** | **г/п (кг)** | **Скорость , м/сек** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Оплату гарантируем.

Заявитель:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

 /должность/ /подпись/ /Ф.И.О./

Исп. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_