**На фирменном бланке организации**

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2018 г. №\_\_\_\_\_\_\_ **Руководителю Испытательного центра**

**ООО «НТЦ Дефектоскопия»**

**А.В. Долгунову**

 440000, г. Пенза, ул. Московская/

М. Горького, 56/34, офис 231

тел./факс: 8(8412) 56-04-94

**Обращение**

 Прошу Вас провести оценку соответствия лифта (ов), тип лифта (ов) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **в форме частичного технического освидетельствования** согласно таблице:

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

Специализированная организация: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Оплату гарантируем.

 Заявитель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / /

 /должность/ /подпись/ /Ф.И.О./

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

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