**На фирменном бланке**

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **отработавших (его) назначенный срок службы** согласно таблице:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Адрес установки лифта** | **Идентификационный номер (рег.№, зав.№)** | **Изготовитель** | **Месяц, год выпуска** | **Дата ввода в эксплуатацию** | **Дата последнего ТО** | **Число остановок** | **г/п (кг)** | **Скорость м/сек** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

Оплату гарантируем.

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

 /должность/ /подпись/ /Ф.И.О./

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

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