Начальнику ИЛ пищевой продукции,

Продовольственного сырья и

Товаров народного потребления

ФБУ «Ростовский ЦСМ»

Сибиряковой И.И.

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ИНН**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Юридический адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес производства

***для физ лица указать ФИО и адрес***

**Адрес электронной почты для направления счета**

**Контактное лицо (ФИО, тел.)**

Просим провести испытания образца (ов)

На соответствие требованиям (наименование НД)

По показателям (наименование показателей)

**Оплату гарантируем.**

Должность Подпись Ф.И.О.

Дата