*Бланк підприємства\**

Директору

ДУ «Український науково-дослідний

інститут медичної реабілітації

та курортології МОЗ України»

д-ру мед. наук, професору

Бабову К.Д.

Пров. Лермонтовський, 6, м. Одеса, 65014

Просимо здійснити сертифікаційні випробування мінеральної води (назва), фасованої у (РЕТ, скло – тару, вказати вид тари), об'ємом (вказати об'єми) на відповідність вимогам ДСТУ 878-93 «Води мінеральні фасовані. Технічні умови».

Оплату гарантуємо.

Директор ПІБ

*Обов’язково вказати прізвище, ім’я, по батькові, телефони співробітника, який безпосередньо буде займатись цим питанням.*

*Підписаний лист, завірений печаткою направляється поштою на адресу інституту, скан-копія листа - на електрону адресу інституту:* ***mrik.odessa@gmail.com***

*\* Якщо замовник фізична особа необхідно приложити копію паспорту та ідентифікаційного коду*