



**ДИРЕКЦИЯ ИЗПИТВАТЕЛНА ЛАБОРАТОРИЯ  
„ЕВРОТЕСТ-КОНТРОЛ“ ЕАД**

1517 София, ул. "Бесарабия" № 108, Телефон: (02) 4470 360, (02) 4470 345 Факс: (02) 872 05 96;  
e-mail: [office@eurotest-control.bg](mailto:office@eurotest-control.bg), [www.eurotest-control.bg](http://www.eurotest-control.bg)

*(попълва се от  
ДИЛ при „ЕВРОТЕСТ-  
КОНТРОЛ“ ЕАД)*

**ЗАЯВКА ЗА ИЗПИТВАНЕ**

Входящ № ...../.....

**Данни за протокола**

**Данни за фактура**

Заявител:		Заявител:	
Лице за контакт:		Адрес:	
e-mail:		ЕИК:	
Телефон:		ДДС №:	
<input type="checkbox"/> Протокол на английски език* (срещу заплащане)		МОЛ:	
<input type="checkbox"/> Желая хартиено копие*	Моля, да получа хартиеното копие*:	<input type="checkbox"/> Лично	<input type="checkbox"/> По куриер (за сметка на клиента)
Начин на плащане:* <input type="checkbox"/> На място		<input type="checkbox"/> По банков път	<input type="checkbox"/> Наличие на оферта/договор*

**Данни за пробата/ пробите**

<b>Вид на пробата/ите</b> <i>(продукт, материал)</i>	
<b>Обект</b> <i>(описание на пункта)</i>	
<b>Количество на пробата/ите и вид опаковка</b>	
<b>Идентификация на пробата/ите</b> <i>(номер, партида, опис, друго)</i>	
<b>Вид на изпитването/ характеристики</b>	

**Пробовземане от:\***  Заявител  Специалист на ДИЛ  Желая остатъкът от пробата да бъде върнат\*\*

В Протокола от изпитване да бъдат отразени допустимите граници (норми) съгласно нормативен документ:

*(№ на Наредба/ Нормативен документ/ Комплексно разрешително)*

\* Моля, отбележете избраната опция

\*\* В случаите, когато с клиента не е договорено друго, остатъкът от пробите, след извършване на заявените изпитвания, се съхранява за срок от 1 (един) месец, след предаване на Протокола от изпитване на клиента или негов представител, а за проби от води за срока, указан в БДС EN ISO 5667-3, ако този указан срок е по-кратък от 1 (един) месец. След изтичане на срока на съхранение, остатъкът от пробите се унищожават.

