

На бланке организации/ИП (при наличии) от « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. № \_\_\_\_\_

Главному врачу  
Волковысского зонального ЦГЭ  
Жуковичу М.В.

## ЗАЯВЛЕНИЕ

на осуществление административной процедуры

Наименование заявителя: \_\_\_\_\_

Юридический адрес: \_\_\_\_\_

Адрес места осуществления

деятельности: \_\_\_\_\_

УНП: \_\_\_\_\_ телефон: \_\_\_\_\_ адрес электронной

почты: \_\_\_\_\_

Наименование государственного органа (организации), осуществившего государственную регистрацию субъекта хозяйствования: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ просит провести административную процедуру в соответствии с подпунктом **9.6.9** единого перечня административных процедур, осуществляемых в отношении субъектов хозяйствования, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 24 сентября 2021 г. № 548 «Об административных процедурах, осуществляемых в отношении субъектов хозяйствования»: получение санитарно-гигиенического заключения о деятельности, связанной с использованием источников иных вредных физических воздействий:

\_\_\_\_\_ наименование объекта

К заявлению прилагаются:

*Для получения санитарно-гигиенического заключения о деятельности, связанной с источниками иных вредных физических воздействий (передающие радиотехнические объекты):*

копия санитарного паспорта передающего радиотехнического объекта.

**программа производственного контроля**

*Для получения санитарно-гигиенического заключения о деятельности, связанной с источниками иных вредных физических воздействий (базовые станции систем сотовой подвижной электросвязи и широкополосного беспроводного доступа):*

копия санитарного паспорта базовой станции системы сотовой подвижной электросвязи и широкополосного беспроводного доступа.

*Для получения санитарно-гигиенического заключения о деятельности, связанной с источниками иных вредных физических воздействий (магнитно-резонансные томографы):*

копия санитарного паспорта магнитно-резонансного томографа.

*Для получения санитарно-гигиенического заключения о деятельности, связанной с источниками иных вредных физических воздействий (лазерные изделия классов 1М, 2, 2М, 3R, 3В и 4):*

эксплуатационная документация на лазерное изделие;  
результаты дозиметрического контроля.

Всего предоставлено документов и (или) сведений на \_\_\_\_ листах.

Достоверность представляемых документов подтверждаю:

\_\_\_\_\_

(подпись)

Решение об осуществлении административной процедуры просим (нужное подчеркнуть) направить по почте, по электронной почте, выдать представителю

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО, должность, контактный телефон полномочного представителя (в случае личного получения решения))

О вынесении административного решения просим уведомить по телефону \_\_\_\_\_ (SMS, Viber) или на электронную почту \_\_\_\_\_

.

Заявитель \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(подпись)

(фамилия, инициалы)