

МІНІСТЭРСТВА АХОВЫ ЗДАРОЎЯ
РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ
Установа аховы здароўя
«Нацыянальная антыдапінгавая
лабараторыя»

223040, Мінскі раён, аграгарадок Лясны, 31
р/р № ВУ72АКВВ36049000036260000000
у ААТ«ААБ Беларусбанк», БИК АКВВВУ2Х
г.Мінск, пр.Дзяржынскага, 18,
УНК 690422245; ОКПО 293683186000
тэл.+375(17)2655888
lab@antidoping.by



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
Учреждение здравоохранения
«Национальная антидопинговая
лаборатория»

223040, Минский район, агрогородок Лесной, 31
р/с № ВУ72АКВВ36049000036260000000
в ОАО «АСБ Беларусбанк», БИК АКВВВУ2Х
г.Минск, пр.Дзержинского, 18,
УНП 690422245; ОКПО 293683186000
тел.+375(17)2655888
lab@antidoping.by

04.04.2018 № 01-02/526
На № _____ ад _____

Руководителям лабораторий

Об организации программы проверки
квалификации NADL-Pharm-1-005-2018

УЗ «Национальная антидопинговая лаборатория» в срок с **03.09.2018** по **30.11.2018** будет проводить первый тур программы проверки квалификации NADL-Pharm-1-005-2017. В туре будет реализована проверка по следующим показателям качества лекарственных средств и субстанций: общее количество аэробных микроорганизмов; обнаружение *S.aureus*; обнаружение *E.coli*; обнаружение грамотрицательных бактерий, толерантных к желчи (ГФ РБ II ст.2.6.12, ст.2.6.13).

Диапазон количественного определения микроорганизмов – менее 5000 КОЕ/мл.

Стоимость участия в программе проверки квалификации составляет:

- 292,50 (двести девяносто два белорусских рубля, 50 копеек), в т.ч. НДС (20%) 48,75 (сорок восемь белорусских рублей, 75 копеек).

Информация о сроках получения образца и сроках предоставления отчета будет сообщена дополнительно участникам программы. Забор образца будет производиться в один день (дата будет сообщена дополнительно), транспортировка образца должна проводиться при температуре 2-8°С.

В случае Вашей заинтересованности просим выслать заявку в срок не позднее **31.08.2018** в наш адрес по факсу **8 (017) 265 54 65** или по электронной почте **minsk@antidoping.by**.

Приложение: заявка на 1 л. в 1 экз.

Директор

С.А. Беляев

ФОРМА ЗАЯВКИ НА УЧАСТИЕ

Информация для формирования договора

| | | | |
|--|---|--------|--|
| Полное юридическое название организации | | | |
| Юридический адрес: | | | |
| Почтовый адрес (если отличается от юридического) | | | |
| Ф.И.О. и должность руководителя или лицо, его заменяющее (указать, на основании каких документов действует) | | | |
| Оплата производится за счет (собственные средства, казначейство и т.д.): | | | |
| Расчетный счет, полное наименование, код, адрес банка | | | |
| УНП | | Факс | |
| ОКПО | | e-mail | |
| Адрес, на который необходимо выслать оригинал документов | <input type="checkbox"/> юридический <input type="checkbox"/> почтовый | | |
| Контактное лицо – полное Ф.И.О., телефон | | | |
| <p>* Пожалуйста, отправьте заполненную форму заявки по факсу 8 (017) 265 54 65 или по электронной почте <u>minsk@antidoping.by</u>. Справки по телефону 8(029)5328953, 8(017)2655751, Координатор: Стасева Ирина Анатольевна.</p> | | | |