|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PODACI O PODNOSIOCU ZAHTEVA** |  | **PREISPITIVANJE ZAHTEVA ZA OVERAVANJE****(popunjava kontrolno telo)** |
| **Naziv podnosioca zahteva:**(kako je navedeno u APR -u) |  | Ime i prezime nosioca preispitivanja: |
| **Adresa i grad:**(sedište , kako je navedeno u APR ) |  | Potpis nosioca preispitivanja:Datum preispitivanja: |
| **PIB:** |  |  MP kontrolnog tela i potpis |
| **MATIČNI BROJ:** |  |
|  | MP podnosioca zahteva i potpis |
| Datum podnošenja zahteva:  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PODACI O LOKACIJI KONTROLISANJA/OVERAVANJA** | **Kontakt osoba** | **Broj telefona** |
| **Adrese lokacija** |
| **Glavna lokacija** |  |  |  |
| **Lokacija 1**  |  |  |  |
| **Lokacija 2**  |  |  |  |
| **Lokacija 3** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Proizvođač** | **Tip/****model** | **Serijski** | **Merni opseg** | **Vrsta overavanja** | **Datum isteka** |
| **R.****br.** | **Naziv merila** | **broj** | **Uređaja koji se overava** | **Periodično/vanredno** | **žiga** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Izjava podnosioca zahteva za overavanje merila:

|  |
| --- |
| IZJAVLJUJEMO: |
| Da smo saglasni sa Opštim uslovima poslovanja kontrolnog tela |
| Da ćemo izmiriti sve troškove vezano za overavanje merila |
| Da ćemo po prihvatanju Ponude, dostaviti traženu dokumentaciju i pružiti sve podatke neophodne za overavanje |
| Prilog: Dokaz o uplati administrativne takse ili potvrda o oslobađanju od plaćanja takse. |

Molimo Vas da ovaj Zahtev za overavanje merila vratite u: **MEDISERVISPRO DOO BEOGRAD**, Bulevar Arsenija Čarnojevića104/6a, 11070 Novi Beograd

telefon: 011/ 624 13 59; *e-mail*:office@mediservispro.com