

_____ № _____

Главному врачу государственного учреждения
«Щучинский зональный центр гигиены и
эпидемиологии»
(Щучинского зонального ЦГЭ)
Крюкович А.В.

* Заявление оформляется на фирменном бланке
организации-заявителя (при наличии)

Частное унитарное производственное предприятие «ФЭНС»

(Полное наименование юридического лица)

Просим заключить (нужное отметить):

+ ☐ разовый договор

☐ долгосрочный договор со сроком действия до конца текущего календарного года

☐ долгосрочный договор с автоматическим ежегодным продлением (бессрочный)

☐ на основании коммерческого предложения от _____ № _____
(В случае, если предварительно был запрос ценового предложения)

☐ дополнительное соглашение к договору от _____ № _____

на оказание услуг по проведению (нужное отметить)

☐ отбора образцов (проб)

+ ☐ лабораторных исследований (испытаний):

☐ по контролю качества дезинфекционных и стерилизационных мероприятий

☐ факторов внутренней среды помещений

+ ☐ факторов производственной среды

☐ кулинарной продукции

☐ воды питьевой

☐ воды бассейна

(Перечислены в приложении 1 к запросу № _____ от _____)

в (на) мастерской художественнойковки расположенной по ул. Авиаторов, 5Б, г. Щучина
(наименование объекта, адрес)

на соответствие требованиям гигиенических нормативов ГН от 25.01.2021 №37
(обозначение ТНПА и другой документации)

Транспортное обеспечение (нужное отметить):

☐ заказчик

+ ☐ исполнитель

Выбор методик проведения исследований (испытаний) оставляю за собой
(Перечислены в приложении 1 к запросу № _____ от 19.11.2025)

В протоколе исследований (испытаний) прошу выдать заключение по результатам исследований (испытаний) о соответствии требованиям ТНПА.

В случае отсутствия правила принятия решения, установленного соответствующими правилами или нормативными документами, при оформлении заключения просим

применить к количественному выражению результата, правило принятия решения: простая приемка (согласно ILAC G8:09/2019 вероятность ложного принятия <50%).

При необходимости оформления заключения с указанием фактического значения результатов испытаний без заключения о соответствии требований ТНПА, необходимо указать это в поле «Примечания». Подробнее с информацией о возможных правилах принятия решения можно ознакомиться на официальном сайте Щучинского зонального ЦГЭ в разделе «Услуги для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей».

Примечания:	
-------------	--

В случаях, когда может создаваться реальная угроза санитарно-эпидемиологическому благополучию населения, просим передавать информацию о несоответствующих результатах испытаний по телефону

Сведения для заключения договора:**

УНП:	
Юридический адрес:	
Почтовый адрес:	
ФИО, должность лица, подписывающего договор	
Документ, подтверждающий полномочия на подписание договора (Устав; доверенность, решение экономического суда, и др.) №, дата	
Банковские реквизиты (р/с, наименование и адрес банка, BIC)	
Контактные данные юридического лица и ответственного за исполнение договора (ФИО, должность, тел/факс, e-mail)	

Оплату гарантируем в соответствии с Прейскурантом на платные санитарно-эпидемиологические услуги, утвержденным приказом главного врача Гомельского областного ЦГЭ и ОЗ.

Приложение 1: перечень методов испытаний.

Приложение 2: перечень производственных факторов, точек отбора проб, измерений и периодичность лабораторного контроля на _____ л. в 1 экз.;

(должность руководителя)

М.П.

(подпись и расшифровка подписи)

** Обязательно к заполнению

Перечень производственных факторов, точек отбора проб, измерений и периодичность
лабораторного контроля
на рабочих местах в мастерской художественнойковки расположенной по ул. Авиаторов,
5Б, г. Щучина (наименование объекта, адрес)
Частное унитарное производственное предприятие «ФЭНС»

№ п/п	Наименование подразделения (цех, участок, отдел, отделение, кабинет и т.п.)	Наименование профессии/ количество рабочих мест, подлежащих контролю	Технологический процесс, производственное оборудование, применяемые материалы	Фактор производственной среды	Класс опасности	Периодичность контроля
1	2	3	4	5	6	7
1	Слесарный цех	слесарь- инструментал ьщик, подсобный рабочий	изготовление металлических изделий с применением шлиф-машины «БОШ»	параметры микроклимата освещенность шум	-	2 раза в год 1 раз в год 1 раз в год

Перечень разработал:

(должность представителя объекта)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

тел. _____

Программа измерений физических факторов на рабочих местах

[illegible]

(наименование должности руководителя объекта)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

« » _____ 20 ____ г.

Схема
производственного лабораторного контроля продукции/воды/смывов

(наименование объекта, ведомственная принадлежность, адрес)

Наименование объекта исследований/ точки отбора	Контролируемые показатели	Обозначения документа, на соответствие которому проводятся лабораторные испытания	Кратность контроля	Количество образцов/ проб в год	Наименование организации, специалистами которой осуществляется отбор образцов	Наименование организации, специалистами которой осуществляются лабораторные испытания
1	2	3	4	5	6	7

Схему разработал:

(должность представителя объекта)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

тел. _____

Приложение 8

Утверждаю

(наименование должности руководителя объекта)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

« » _____ 20 ____ г.

Схема производственного лабораторного контроля в бассейне

(наименование объекта, ведомственная принадлежность, адрес)

Наименование объекта исследований/ точки отбора	Контролируемые показатели	Обозначения документа, на соответствие которому проводятся лабораторные испытания	Кратность контроля	Количество образцов/ проб в год	Наименование организации, специалистами которой осуществляется отбор образцов	Наименование организации, специалистами которой осуществляются лабораторные испытания
1	2	3	4	5	6	7

Схему разработал:

(должность представителя объекта)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

тел. _____

22.08.2025 № 12

Главному врачу государственного учреждения
«Щучинский зональный центр гигиены и
эпидемиологии»
(Щучинского зонального ЦГЭ)
Крюкович А.В.

* Заявление оформляется на фирменном бланке
организации-заявителя (при наличии)

Учреждение здравоохранения «Щучинская центральная районная
больница»

(Полное наименование юридического лица)

Просим заключить (нужное отметить):

- ☐ разовый договор
☒ долгосрочный договор со сроком действия до конца текущего календарного года
☐ долгосрочный договор с автоматическим ежегодным продлением (бессрочный)
☐ на основании коммерческого предложения от _____ № _____
(В случае, если предварительно был запрос ценового предложения)
☐ дополнительное соглашение к договору от _____ № _____

на оказание услуг по проведению (нужное отметить)

- ☒ отбора образцов (проб)
☒ лабораторных исследований (испытаний):
☒ по контролю качества дезинфекционных и стерилизационных мероприятий
☒ факторов внутренней среды помещений
☒ факторов производственной среды
☒ кулинарной продукции
☒ воды питьевой
☐ бассейна

в (на) УЗ «Щучинская ЦРБ», ул. Мичурина, 22
(наименование объекта, адрес)

на соответствие требованиям приказа Министерства здравоохранения Республики
Беларусь от 25.11.2002 №165; Гигиенического норматива, утвержденного
постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 25.01.2021 №37
(обозначение ТНПА и другой документации)

Транспортное обеспечение (нужное отметить):

- ☒ заказчик
☐ исполнитель

Выбор методик проведения исследований (испытаний) оставляю за исполнителем.

В протоколе исследований (испытаний) прошу выдать заключение по результатам исследований (испытаний) о соответствии требованиям ТНПА.

В случае отсутствия правила принятия решения, установленного соответствующими правилами или нормативными документами, при оформлении заключения прошим применить к количественному выражению результата, правило принятия решения: простая приемка (согласно ИАС G8:09/2019 вероятность ложного принятия <50%).

В случае иных требований по выбору методик проведения испытаний Заказчик указывает перечень необходимых методик в поле «Примечания». При необходимости оформления заключения с указанием фактического значения результатов испытаний без заключения о соответствии требованиям ТНПА, необходимо указать это в поле «Примечания». Подробнее с информацией о возможных правилах принятия решения можно ознакомиться на официальном сайте Щучинского зонального ЦГЭ в разделе «Услуги для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей».

Примечания:	
-------------	--

В случаях, когда может создаваться реальная угроза санитарно-эпидемиологическому благополучию населения, просим передавать информацию о несоответствующих результатах испытаний по телефону

Сведения для заключения договора:**

УНП:	162349558
Юридический адрес:	г. Щучин, ул. Мичурина, д.22
Почтовый адрес:	231513 г. Щучин, ул. Мичурина, д.22
ФИО, должность лица, подписывающего договор	А.А. Сидоров, главный врач
Документ, подтверждающий полномочия на подписание договора (Устав; доверенность, решение экономического суда, и др.) №, дата	Свидетельство о регистрации №30012220053665
Банковские реквизиты (р/с, наименование и адрес банка, BIC)	BY04PABV300120010150000000544 ОАО «Приоритет банк», г. Минск, пр. Кирова, 20 PABBBY2E
Контактные данные юридического лица и ответственного за исполнение договора (ФИО, должность, тел/факс, e-mail)	А.А. Сидоров, главный врач, +375 29 104 47 44

Оплату гарантируем в соответствии с Прейскурантом на платные санитарно-эпидемиологические услуги, утвержденным приказом главного врача Гомельского областного ЦГЭ и ОЗ.

Приложение 1: перечень методов испытаний.

Приложение 2: схема производственного лабораторного контроля качества дезинфекционных и стерилизационных мероприятий (программа лабораторных испытаний) на 2 л. в 1 экз.;

Приложение 3: схема производственного лабораторного контроля факторов внутренней среды помещений на 1 л. в 1 экз.;

Приложение 4: перечень производственных факторов, точек отбора проб, измерений и периодичность лабораторного контроля на 1 л. в 1 экз.;

Приложение 5: программа измерений физических факторов на _____ л. в 1 экз.;

Приложение 6: схема производственного лабораторного контроля продукции/воды/смылов на 1 л. в 1 экз.;

(должность руководителя)

М.П.

(подпись и расшифровка подписи)

** Обязательно к заполнению

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач

(наименование должности руководителя объекта)

А.А.Сидоров

(подпись)

(инициалы, фамилия)

«13» января 2025г.

Схема
производственного лабораторного контроля качества дезинфекционных и стерилизационных мероприятий
УЗ «Щучинская ЦРБ», ул. Мичурина, 22
(наименование объекта, адрес)

Наименование объекта исследований	Контролируемый показатель	Наименование подразделения	Обозначения документа, на соответствие которому проводятся лабораторные испытания	Кратность контроля	Количество образцов		Наименование организации, специалистами которой осуществляется отбор образцов	Наименование организации, специалистами которой осуществляются лабораторные испытания
					за период	за год		
Контроль качества текущей дезинфекции помещений (смывы с рабочих поверхностей)	БГКП; S. aureus; P. aeruginosa	Кабинеты терапевтического отделения: - медицинский кабинет №1, - медицинский кабинет №2, Кабинеты хирургического отделения: -стерилизационная - малая операционная	Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 02.08.2024 №1065	1 раз в 6 месяцев	3	6	Щучинский зональный ЦГЭ	Щучинский зональный ЦГЭ
					3	6		
					3	6		
					5	10		
Контроль качества	Стерильность	стерилизационная		1 раз в месяц	3	36		

стерилизации изделий медицинского назначения								
Контроль эффективности работы стерилизаторов	Рост тест- культуры	Сухожаровой шкаф ГП-20-3 Стерилизатор паровой ГК-10В		1 раз в месяц	1/5 1/5	12/60 12/60		
Микробиологическая чистота рабочих растворов дезинфекционных средств/ антисептиков	<i>S. aureus</i> ; <i>P. aeruginosa</i> ; патогенные м/о; энтеробактерии, сапрофитные бактерии	Кабинеты хирургического отделения: - стерилизационная - малая операционная	Инструкция 4.2.10-22-102-2005	1 раз в 6 месяцев	1/1	2/2		

Схему разработал:

Главная медсестра
(должность представителя объекта)

(подпись)

М.И.Осипова
(инициалы, фамилия)

тел. _____

Схема
производственного лабораторного контроля факторов внутренней среды помещений
УЗ «Щучинская ЦРБ», ул. Мичурина, 22
(наименование объекта, адрес)

№ п/п	Наименование точки отбора, измерений	Фактор внутренней среды	Периодичность контроля
1	2	3	4
1.	Кабинет № 1	Параметры микроклимата	2 раза в год
		Искусственной освещенности	1 раз в год
2.	Кабинет № 2	Параметры микроклимата	2 раза в год
		Искусственной освещенности	1 раз в год

Схему разработал:

Главная медсестра
(должность представителя объекта)

(подпись)

М.И.Осипова
(инициалы, фамилия)

тел. _____

Перечень производственных факторов, точек отбора проб, измерений и периодичность
лабораторного контроля
на рабочих местах УЗ «Щучинская ЦРБ», ул. Мичурина, 22
(наименование объекта, адрес)

№ п/п	Наименование подразделения (цех, участок, отдел, отделение, кабинет и т.п.)	Наименование профессии/ количество рабочих мест, подлежащих контролю	Технологический процесс, производственное оборудование, применяемые материалы	Фактор производственной среды	Класс опасности	Периодичность контроля
1	2	3	4	5	6	7
1.	Отделение ультразвуковой диагностики, кабинет УЗИ	Врач- специалист (врач ультразвуковой диагностики) / 1 рабочее место	Работа у аппарата ультразвуковой диагностики	Микроклимат	-	2 раза в год
2.	Физиотерапевт ическое отделение, кабинет физиотерапии № 1	Медицинская сестра/ 1 рабочее место	Физиотерапевт ические процедуры	Микроклимат	-	2 раза в год
				Искусственной освещение	-	1 раз в год
3.	Пищеблок, варочный цех	Повар/ 1 рабочее место	Работа у электроплиты	Микроклимат	-	2 раза в год
				ИКИ	-	2 раз в год

Перечень разработал:

Главная медсестра
(должность представителя объекта)

(подпись)

М.И.Осипова
(инициалы, фамилия)

тел. _____

Программа измерений физических факторов на рабочих местах

Место и условия проведения измерений наименование рабочего места, технологической операции, оборудования и режим его работы)	Продолжит. (мин)	Параметры микроклимата	Ш У М, дБА							Инfrasound, дБ	Вибрация, дБ	УФИ, Вт/м ²	ЭМП		ЭСП, кВ/м	Аэроионизация, ион/см ³
			Ш У М, дБА										ЭП, В/м, кВ/м	МП, А/м, нТл		
			По спектру	По временным характеристикам												
				широкополосный	тональный	постоянный	прерывистый	импульсный	колеблющийся							
Производственный корпус № 1																
1. Р.м. машиниста обойно-печатающей машины	675															
- подготовительно-заключительные работы	60					+										
- настройка линии глубокой печати, контроль	515					+										
- прочие работы	100					+										
2. Р.м. шлифовщика (валов глубокой печати)	480															
- подготовительно-заключительные и прочие работы	185					+										
- работа на станке по шлифовке валов глубокой печати	295					+										
Отдел художников-дизайнеров																
3. Р.м. краскосоставителя	480															
- подготовительно-заключительные работы, перерывы	50					+										
- приготовление и корректировка пластизоли и красок	220					+										
- сверка печатных образцов с контрольными	200					+										
4. Р.м. художника-конструктора (дизайнера)	480															
- подготовительно-заключительные работы, перерывы	60					+										
- работа на компьютере	420					+										
Участок приготовления красок																
- подготовительно-заключительные работы	145					+										
- настройка колористики на ОПМ ФП № 1	80					+										
- настройка колористики на ОПМ ГП № 2	130					+										
- приготовление красок вручную	320					+										

Утверждаю

Главный врач

(наименование должности руководителя объекта)

А.А.Сидоров

(подпись)

(инициалы, фамилия)

«13» января 2023г.

Схема
производственного лабораторного контроля продукции/воды/смывов

УЗ «Щучинская ЦРБ», ул. Мичурина, 22

(наименование объекта, ведомственная принадлежность, адрес)

Наименование объекта исследований/ точки отбора	Контролируемые показатели	Обозначения документа, на соответствие которому проводятся лабораторные испытания	Кратность контроля	Количество образцов/ проб в год	Наименование организации, специалистами которой осуществляется отбор образцов	Наименование организации, специалистами которой осуществляются лабораторные испытания
1	2	3	4	5	6	7
Холодные блюда. Салаты из сырых овощей без заправки	КМАФАнМ БГКП(колиформы) S.aureus E.coli патогенные, в т.ч. сальмонеллы	ГН, утв.постановл ением Совета Министров Республики Беларусь от 25.01.2021 №37	1 раз в квартал	4	Щучинский зональный ЦГЭ	Щучинский зональный ЦГЭ
Смывы с поверхностей	БГКП	-	1 раз в 6 месяцев	20	Щучинский зональный ЦГЭ	Щучинский зональный ЦГЭ
Вода питьевая	органолептически е показатели; ОМЧ, ОКБ, ТКБ	ГН, утв.постановл ением Совета Министров Республики Беларусь от 25.01.2021 №37	1 раз в 6 месяцев	4	Щучинский зональный ЦГЭ	Щучинский зональный ЦГЭ

Схему разработал:

Главная медсестра

(должность представителя объекта)

(подпись)

О.Л.Лаптева

(инициалы, фамилия)

тел. _____