**رقــم الطلـب (من قبل الجهة الرسمية) :.................**

**طلب اعتماد أو استيراد معدات الوقاية والحماية الذاتية**

**تاريخ تقديم الطلب(من قبل الجهة الرسمية) :.............**

* **معلومات تعبئ من قبل مقدم الطلب :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **اسم الشركة** | **رقم الهاتف** | **الفاكس** | **ص.ب او Email** |
| **الشركة مقدمة الطلب** |  |  |  |
| **الشركة المستوردة** |  |  |  |
| **توقيع واسم مقــدم الطلــب : رقم الملف ان وجد :** **رقم وتاريخ البيان الجمركي ان وجد : رقم الفاتوره وتاريخها ان وجدت:** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ت** | **الشركة المصنعـة** | **وصف المعــدة** | **العدد** | **رقم الموديـل** | المختبـر المعتمـد | **النتيجــة** |
| **للاستخدام الرسمي** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **توقيــع****ضابط الدراسة الفنية** | **توقيـــــع** **رئيس قسم الاعتماد والمواصفات** | **مصدق** **مدير إدارة الوقاية والحماية الذاتية**  |