ANGAJAMENT DE PLATĂ

(FORMULARUL VA FI COMPLETAT CU LITERE MAJUSCULE)

CĂTRE,
Direcția Sanitară Veterinară și pentru Siguranța Alimentelor Iași

Numele persoanei (fizice / juridice):		
Adresa		
Telefon/Fax	Email	
Alte detalii		
Reprezentat de:		
Nume	Prenume	
CNP: S A A L L Z Z J J N N N C		Telefon/Fax

Prin prezenta solicit efectuarea analizelor de laborator conform Procesului Verbal/Cererii de analiză

Nr.	Data:

Pentru care vom face plata din contul

Nr.	Banca:

conform facturii emise de **DSVSA Iași**, în contul **RO35TREZ406502201X020602**, **Trezoreria Municipiului Iași**, cod fiscal **30204169**.

✓ Cunosc faptul că intrarea în lucru a probelor pentru analizele solicitate se va efectua de către LSVSA Iași în urma achitării integrale a contravalorii facturii emise anticipat.

✓ Probele rămân în custodia LSVSA Iași timp de 5 zile pentru analize în cadrul Compartimentului Siguranța Alimentelor, Compartimentului Sănătatea Animală și Biroului Control Reziduuri.

✓ Dovada plății se transmite la adresa de e-mail: **laborator-iasi@ansvsa.ro**.

✓ În caz de neplată a acestor tarife, în termenul menționat mai sus, sunt de acord ca probele să fie ecarisate de LSVSA Iași.

Data _____ Semnătura / Ștampila _____