

სასერტიფიკაციო გამოცდის სამდივნოს

ადგილობრივი არასამთავრობო ან საერთაშორისო ორგანიზაციის დასახელება:	
ორგანიზაციის საიდენტიფიკაციო კოდი:	
ორგანიზაციის მისამართი:	
ორგანიზაციის ელ-ფოსტა:	
ორგანიზაციის ტელეფონი:	

გ ა ნ ც ხ ა დ ე ბ ა

სასერტიფიკაციო გამოცდის მიმდინარეობაზე საჯაროობის უზრუნველყოფის მიზნით, გთხოვთ, აკრედიტაცია მიანიჭოთ ზემოაღნიშნულ ორგანიზაციას.

ორგანიზაციიდან სასერტიფიკაციო გამოცდის მიმდინარეობაზე დამკვირვებლებად წარმოგიდგენთ:

N	სახელი, გვარი	პირადი ნომერი	ელ-ფოსტა	ტელეფონი

(ორგანიზაციის ხელმძღვანელის ხელმოწერა)

ბ. ა.

(თარიღი)