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)