

ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ ԻՐԱԿԱՆԱՑՆԵԼՈՒ ՊԱՀԱՆՋԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ ԴԻՄՈՒՄ

1. Պահանջ ներկայացնողը

| | | | | | |
|------|--|---|------------|--------------------------|------------------|
| 1.1. | Լրացուցիչ փորձաքննության պահանջ ներկայացնող | | | | |
| | | (անունը և ազգանունը կամ անվանումը, անձը հաստատող փաստաթուղթ կամ ՀՎՀՀ) | | | |
| 1.2. | Բողոքարկողի իրավական կարգավիճակը համապատասխան պատահարում | <input type="checkbox"/> | տուժող | <input type="checkbox"/> | ապահովագրված անձ |
| | | <input type="checkbox"/> | ապահովադիր | <input type="checkbox"/> | ապահովագրող |

| | | | | | |
|--|--------|-----|-------|-------|--|
| 2. Բողոքարկվող փորձագիտական եզրակացության համարը և ամսաթիվը | | | | | |
| | համարը | օրը | ամիսը | տարին | |

3. Փորձաքննություն իրականացնելու անհրաժեշտության վերաբերյալ լրացուցիչ փորձաքննություն պահանջող անձի նկատառումները (ենթակա է պարտադիր լրացման)՝

| | |
|-----|--|
| 1 | |
| 2 | |
| ... | |

4. Պահանջին կցվող փաստաթղթերը

Փաստաթղթի անվանումը

| | |
|-----|--|
| 1 | |
| 2 | |
| ... | |

5. Լրացուցիչ փորձաքննության արդյունքների ծանուցման եղանակը և այլ հաստատումներ

| | | |
|------|---|--|
| 5.1. | Լրացուցիչ փորձաքննության արդյունքները խնդրում եմ ծանուցել հետևյալ էլեկտրոնային փոստի հասցեով՝ (եթե ԱՊՊԱ ընդհանուր պայմաններով նախատեսված է ծանուցման կոնկրետ հասցե, ապա այդ հասցեից տարբերվող հասցեի նշումն իրավական ուժ չունի) | |
| 5.2. | Ծանոթացել եմ Բյուրոյի համապատասխան կանոններին և Բյուրոյի կայքում հրապարակված՝ լրացուցիչ փորձաքննության անցկացման պայմաններին և համաձայն եմ դրանց, Տեղեկացված եմ և համաձայն եմ, որ լրացուցիչ փորձաքննությունն իրականացվի և արդյունքների կամ մերժման մասին ինձ ծանուցվի սույն դիմումն ստանալուց հետո՝ 3 աշխատանքային օրվա ընթացքում: | |

6. Դիմողի տվյալները

| | | | |
|--|---|------|------|
| Դիմողի (դիմողի անունից ներկայացված անձի) անունը ազգանունը | Դիմողի (դիմողի անունից ներկայացված անձի) ստորագրությունը | | |
| | | | |
| Դիմումի լրացման ամսաթիվը | օր | ամիս | տարի |

