תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**בקשה להסרת שיטות מנספח היקף ההסמכה**

שם הארגון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' הארגון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

הארגון בחן את פוטנציאל השפעת הסרת השיטה/שיטות מהיקף ההסמכה על יכולתו לבצע פעילויות קשורות אחרות כולל השפעה על שיטות בדיקה אחרות.

על החתום:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| שם מלא ותפקיד בארגון |  | תאריך |  | חתימה |

תעודת הסמכה/נספח היקף הסמכה מס' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ גרסה מס' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

למילוי ע"י הרשות