|  |
| --- |
| **Ձև 8.1***(Ձև 8.1-ը լրաց. է 28/04/2020թ թիվ 10-Լ և փոփ. է 29/09/2020թ թիվ 34-Լ, 27/10/2020թ թիվ 38-Լ)* |
| **ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ՓՈՐՁԱՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ ԻՐԱԿԱՆԱՑՆԵԼՈՒ ՊԱՀԱՆՋԻ ՎԵՐԱԲԵՐՅԱԼ** **ԴԻՄՈՒՄ**  |
| **1. Պահանջ ներկայացնողը** |
| 1.1. | Լրացուցիչ փորձաքննության պահանջներկայացնող  |   |
| (անունը և ազգանունը կամ անվանումը, անձը հաստատող փաստաթուղթ կամ ՀՎՀՀ) |
| 1.2. | Բողոքարկողի իրավական կարգավիճակը համապատասխան պատահարում  | [ ]  | տուժող | [ ]  | ապահովագրված անձ |
| [ ]  | ապահովադիր | [ ]  | 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 |