**Cu privire la Cererea de etalonare nr.\_\_\_\_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Prezentul formular, stabilește durata timpului de muncă și orele suplimentare de muncă a angajaților INM delegați pentru prestarea serviciului de etalonare a mijloacelor de măsurare la sediul Beneficiarului.

Destinația: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ora de pornire de la sediul INM:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Durata în timp a drumului parcurs într-o direcție: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Angajat INM****Nume, prenume** | **Prezentare la sediul Beneficiarului, ora** | **Ora preconizată pentru sfârșitul zilei normale de muncă** | **Părăsire sediul Beneficiarului, ora** | **Ore suplimentare** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Sunt de acord ca orele suplimentare a angajaților INM să fie achitate prin Devizul de Cheltuieli prezentat de INM.

Angajat INM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Nume, Prenume, Semnătura Data*

Reprezentant

Beneficiar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Nume, Prenume, Semnătura Data*