Директору ООО «ККС»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу приостановить техническое обслуживание КСА/ФР/POS

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*указать модель, серийный номер и место установки оборудования*)

с «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г. по «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

(*срок приостановки не должен превышать шесть календарных месяцев*)

Подписывая данное Заявление, я соглашаюсь со следующими условиями:

1. Приостановить техническое обслуживание КСА/ФР/POS возможно не чаще одного раза в год (в течение текущего календарного года) на срок до шести месяцев.
2. Заявление предоставляется Заказчиком не менее чем за десять рабочих дней до предполагаемой даты приостановки обслуживания КСА/ФР/POS.
3. Датой начала приостановки обслуживания КСА/ФР/POS является первый календарный день месяца, а датой окончания приостановки обслуживания КСА/ФР/POS является последний календарный день месяца включительно.
4. Приостановка обслуживания в иные сроки (чем указано в предыдущем абзаце), ввиду необходимости соблюдения Исполнителем требования пункта 5.21 СТБ 1350-2002 «АППАРАТЫ КАССОВЫЕ СУММИРУЮЩИЕ. Требования к техническому обслуживанию и ремонту», не производится.
5. **В период приостановки технического обслуживания, категорически запрещается эксплуатация КСА/ФР/POS, согласно п. 24 ПОСТАНОВЛЕНИЯ СОВЕТА МИНИСТРОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ И НАЦИОНАЛЬНОГО БАНКА РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ N 924/16 от 6 июля 2011 г.**
6. По истечении срока приостановки обслуживания КСА/ФР/POS, указанного в данном Заявлении, обслуживание возобновляется автоматически.
7. Исполнитель оставляет за собой право отказать Заказчику в продлении срока приостановки обслуживания КСА/ФР/POS свыше шести месяцев либо дополнительном сроке приостановки в течение текущего календарного года, при этом Исполнитель имеет право снять КСА/ФР/POS с обслуживания, с обязательным соответствующим уведомлением ИМНС по месту регистрации КСА/ФР/POS, согласно законодательных и нормативных документов.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата Подпись

М.П.