

	ZAHTJEV ZA UZORKOVANJE I ISPITIVANJE HIGIJENE POVRŠINA METODOM BRISA		Oznaka	Q4.7.1.00.02
			Str./ukupno str.	1/2

ODSJEK ZA HIGIJENU I ZDRAVSTVENU EKOLOGIJU

Tel: 030/314-885; Tel/fax: 030/311-001; e-mail: higijena@domzdravljabar.com

Br.žiro računa: 530-2470-72

Molim Vas da obezbijedite ekipu radi **uzimanja uzoraka briseva sa površina, opreme, predmeta i ruku zaposlenih koji rade sa hranom**, u objektu:

Podaci o objektu (navesti tačan naziv i adresu) _____

Broj uzoraka _____

a) Za mikrobiološku analizu

Podaci o podnosiocu zahtjeva: Naziv (institucija, firma, pravno/fizičko lice i sl.) _____

Adresa: _____

PIB: _____

PDV: _____

Kontakt tel/FAX: _____

NAPOMENA: IZVJEŠTAJI SE PREUZIMAJU NAKON 7 DANA OD DANA UZORKOVANJA, UZ DOKAZ O IZVRŠENOJ UPLATI. Cijena uzorkovanja i analize zavise od broja uzetih briseva.

**Označiti način preuzimanja izvještaja: 1) lično u Odsjeku za higijenu i zdravstvenu ekologiju
2) poštom na adresu navedenu u zahtjevu**

Sve informacije dobijene ili nastale u toku realizacije ugovorenih aktivnosti predstavljaju vlasništvo korisnika i smatraju se povjerljivim. Ukoliko se zakonom zahtjeva da se neke povjerljive informacije otkriju, Odsjek/Laboratorija će učiniti te informacije dostupnim i o tome informisati korisnika, izuzev ako je zakonom zabranjeno.

ZAHTJEV ISPUNITI ČITKO!

Mjesto podnošenja zahtjeva:

Datum: _____

Kontakt osoba:

Broj telefona: _____

m.p.



ZAHTJEV ZA UZORKOVANJE I ISPITIVANJE HIGIJENE POVRŠINA METODOM BRISA

Oznaka

Q4.7.1.00.02

Str./ukupno str.

2/2

Zahtijevane metode uzorkovanja	Prihvata se metode uzorkovanja iz Obima akreditacije Odsjeka za higijenu i zdravstvenu ekologiju	☐ DA ☐ NE
	Posebni zahtjevi za metode uzorkovanja: Navedi koji _____	☐ DA ☐ NE
Zahtijevane metode ispitivanja	Prihvataju se metode iz Obima akreditacije Laboratorije sanitarne mikrobiologije	☐ DA ☐ NE
	Posebni zahtjevi za metode ispitivanja: Navedi koji _____	☐ DA ☐ NE
Zahtjev za izjavu o usaglašenosti	Potrebna izjava o usaglašenosti Ukoliko je potrebna izjava o usaglašenosti navedi prema kojoj specifikaciji (pravilnik, zakon, standard i sl.): _____ (popunjava korisnik u slučaju da ima posebne zahtjeve)	☐ DA ☐ NE ☐ Prepuštam laboratoriji odluku (primijeniće se Pravilo 1: Pravilo podijeljenog rizika)
Izjava korisnika o Pravilu odlučivanja za ocjenu usaglašenosti uzorka: (odabrati i obilježiti žiti <u>jednu</u> od ponuđenih mogućnosti) Napomena: Objašnjenja data u Uputstvu Q3.7.8.00.02 dostupno na zahtjev korisnika usluga	Obaviješteni smo i saglasni sa Pravilom odlučivanja i načinom izvještavanja o rezultatima ispitivanja Laboratorija Doma zdravlja Bar i zahtijevamo da se primjenjuje: ☐ Ocjena usaglašenosti u skladu sa pravilom odlučivanja definisanim u specifikaciji; ☐ Pravilo 1: Pravilo podeljenog rizika ☐ Pravilo 2: Pravilo sigurnog odbijanja rezultata ☐ Pravilo 3: Pravilo sigurnog prihvatanja rezultata	
NAPOMENA:	U svim slučajevima kada klijent prepušti Laboratoriji Doma zdravlja Bar odluku o tome koje se pravilo odlučivanja primjenjuje, primijeniće se Pravilo 1: Pravilo podijeljenog rizika.	

M.P.

Ovlašćeno lice korisnika usluga

IZJAVA KORISNIKA O SAGLASNOSTI ZA EKSTERNO NABAVLJENU USLUGU UZORKOVANJA I ISPITIVANJA

(Popuniti kad je primjenljivo):

Upoznati smo i saglasni da se uzorkovanja/ispitivanja koja se ne mogu izvršiti u Laboratorijama Doma zdravlja Bar, izvrše u nekoj od eksterno angažovanih kompetentnih Laboratorija, po izboru Doma zdravlja Bar i uz saglasnost korisnika a čiji su rezultati sastavni dio Izvještaja o ispitivanju Laboratorija Doma zdravlja Bar.

Datum:

M.P.

Ovlašćeno lice korisnika usluga