

	ZAHTJEV ZA UZORKOVANJE I ISPITIVANJE HRANE	Oznaka	Q4.7.1.00.04
		Str./ukupno str.	1/3

ODSJER 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 hrane**:

- a) pakovani proizvodi, b) proizvodi iz frižidera, c) proizvodi na ambijentalnoj temperaturi, d) vrući proizvodi, e) potrošačke porcije iz restorana u objektu:

Podaci o objektu (navesti tačan naziv i adresu) _____

Broj uzoraka koji se uzima _____

Na sledeća ispitivanja:

- a) **mikrobiološku analizu** i to : Salmonella, Listera monocitogenes, Enterobacteriaceae, Escherichia coli, Koagulaza pozitivne bakterije i aerobne mezofilne bakterije.

- b) **fizičko-hemijsku analizu**

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

Adresa: _____

PIB: _____

PDV: _____

Kontakt tel: _____

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

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

mp

Kontakt osoba: _____

Broj telefona: _____

	ZAHTJEV ZA UZORKOVANJE I ISPITIVANJE HRANE	Oznaka	Q4.7.1.00.04
		Str./ukupno str.	2/3
Metode uzorkovanja	Prihvataju se metode uzorkovanja hrane za mikrobiološke analize: METI TS CEN ISO/TS 17728:2016 (t.7.2.2) (t.7.2.3) (t.7.2.6) (t.7.2.7) (t.7.2.8)	☐ DA ☐ NE	
	Posebni zahtjevi za metode uzorkovanja: Navesti koji _____	☐ DA ☐ NE	
Zahtjevine metode ispitivanja Laboratorije sanitarne mikrobiologije	Prihvataju se metode iz Obima akreditacije Laboratorije sanitarne mikrobiologije	☐ DA ☐ NE	
	Posebni zahtjevi za metode ispitivanja: Navesti koji _____	☐ DA ☐ NE	
Zahtjevine metode ispitivanja Laboratorije sanitarne hemije	Prihvataju se metode iz Obima akreditacije Laboratorije sanitarne hemije	☐ DA ☐ NE	
	Posebni zahtjevi za metode ispitivanja: Navesti koji _____	☐ DA ☐ NE	
Zahtjev za izjavu o usaglašenosti	Potrebna izjava o usaglašenosti Ukoliko je potrebna izjava o usaglašenosti navesti prema kojoj specifikaciji (pravilnik, zakon, standard i sl.): _____ <i>(popunjava korisnik u slučaju da ima posebne zahtjeve)</i>		☐ DA ☐ NE ☐ Prepuštam laboratoriji odluku <i>(primijeniće se Pravilo 1: Pravilo podijeljenog rizika)</i>
Izjava korisnika o Pravilu odlučivanja za ocjenu usaglašenosti uzorka: (odabrati i obilježiti <u>jednu</u> od ponuđenih mogućnosti) Napomena: Objašnjenja data u Uputstvu Q 3.7.8.00.02 dostupno na zahtjev korisnika usluga	Obavješteni 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 podijeljenog rizika ☐ Pravilo 2: Pravilo sigurnog odbijanja rezultata ☐ Pravilo 3: Pravilo sigurnog prihvatanja rezultata		
NAPOMENA:	U svim slučajevima kada klijent prepusti 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			



ZAHTJEV ZA UZORKOVANJE I ISPITIVANJE HRANE

Oznaka

Q4.7.1.00.04

Str./ukupno str.

3/3

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
