

Objednávka rozboru vzorků potravin a PBU (plán vzorkování)

Zdravotní ústav se sídlem v Praze
Centrum hygienických laboratoří

Zkušební laboratoř č. 1382 akreditovaná Českým institutem pro akreditaci, o.p.s.
dle ČSN EN ISO/IEC 17025:2005



<i>Pracoviště Kolín</i> tel.: 321 739 013 <i>Pracoviště Kladno</i> tel.: 312 292 111 <i>Pracoviště Praha</i> tel.: 296 394 124, 129, 234 118 514	<i>Pracoviště Příbram</i> tel.: 318 629 315 <i>Pracoviště Benešov</i> tel.: 317 784 026 <i>Pracoviště Mělník</i> tel.: 315 650 054	Č.vzorku v počítačové databázi:
Část „A“		

Fyzická osoba:		Právnícká osoba:	
Jméno:		Název příp. obchodní jméno:	
Obchodní jméno:		Sídlo:	
Bydliště:		IČO, DIČ:	
IČO, DIČ:		Označení provozovny (razítko):	
Označení provozovny (razítko):			
Místo odběru:			
Datum a hodina odběru:			
Název výrobku:			
(Druh, skupina, podskupina)			
Výrobce:			
Datum výroby:			
Datum použitelnosti:			
Datum min. trvanlivosti:			
Další specifikace:			
Dodavatel (dovozce):			
Datum dodání:			
Číslo dodacího listu:			
Způsob uložení zboží:			
Závady skladování:			
Naměřená teplota (°C) a další specifikace:	Potravina:	Prostředí:	
Množství vzorku (g, ml, počet kusů):		Množství (obal) z něhož byl vzorek odebrán:	
Způsob zajištění vzorku:			
Stav výrobku při odběru, smyslové hodnocení (vzhled, chuť, vůně, hodnocení obalu):			
Důvod odběru:			
Požadovaná laboratorní vyšetření:			
Hodnocení	Ano		Ne
V případě požadavku na vypracování posudku souhlasím s předáním podkladů odbornému pracovišti Zdravotního ústavu se sídlem v Praze.			
V případě, že laboratoř není schopna realizovat objednávku v plném rozsahu, souhlasím s provedením některých zkoušek v jiné laboratoři.			
Odběr provedl:	Zástupce provozovny		
Datum:	(razítko, podpis):		

Nevyplněné části proškrtněte!

Záznam o transportu vzorků potravin a PBU

Zdravotní ústav se sídlem v Praze

Centrum hygienických laboratoří

Zkušební laboratoř č. 1382 akreditovaná Českým institutem pro akreditaci, o.p.s.
dle ČSN EN ISO/IEC 17025:2005



Pracoviště Kolín tel.: 321 739 013
Pracoviště Kladno tel.: 312 292 111
Pracoviště Praha tel.: 296 394 124, 129,
234 118 514

Pracoviště Příbram tel.: 318 629 315
Pracoviště Benešov tel.: 317 784 026
Pracoviště Mělník tel.: 315 650 054

Část „B“

Zaplacen rozbor: ANO NE Datum: Částka: Č. dokladu:

Způsob platby: fakturou hotově

Způsob předání výsledků: poštou osobně

Datum transportu
(den, měsíc, rok)

Teplota vzduchu v okolí vzorku:

Transport v chladicím zařízení:

ANO NE

Pořizen záznam o průběhu teplot během transportu:

ANO NE

Počet ujetých kilometrů:

Pracovní čas jednoho
pracovníka (hod):)*

Čas předání vzorku do
laboratoře:

Teplota vzorku při
předání
do laboratoře:

Jméno a podpis
pracovníka, který předává
vzorek do hygienické
laboratoře:

Jméno a podpis
odpovědného pracovníka,
který přezkoumal
objednávku a přijal
vzorek k rozboru:

)* započítává se každá započatá hodina