

**Fyzická osoba:** Meno a priezvisko: .....

Adresa: ..... PSČ: .....

kontakt. Telefón: ..... e-mail: .....

alebo:

**Fyzická osoba opráv. na podnikanie:** Meno a priezvisko: .....

Adresa: ..... PSČ: .....

IČO: ..... DIČ: ..... IČ DPH: .....

kontakt. Telefón: ..... e-mail: .....

alebo :

**Právnická osoba:** Obchodné meno: .....

Adresa / sídlo: ..... PSČ: .....

IČO: ..... DIČ: ..... IČ DPH: .....

kontakt. Telefón: ..... e-mail: .....

(zastúpený): .....

**č. ú. objednávateľ'a v formáte IBAN:** .....

**Regionálny úrad verejného zdravotníctva**

Cesta k nemocnici 1

975 56 Banská Bystrica

[ruvzbb@vzbb.sk](mailto:ruvzbb@vzbb.sk)

## **Vec: OBJEDNÁVKA NA ODBER A ROZBOR PIESKU URČENÉHO NA HRY DETÍ V PIESKOVISKU**

**Názov a adresa zariadenia/umiestnenia pieskoviska:**

**Predmet požadovanej služby\*<sup>1)</sup>:**

odber vzoriek

počet vzoriek:

**Rozsah vyšetrenia<sup>1)</sup>:**

*Termotolerantné koliformné baktérie*

*Fekálne streptokoky*

*Salmonella spp.*

*Geohelminthy (vajička, larvy)*

vyhodnotenie

**Spôsob doručenia výsledkov laboratórneho vyšetrenia piesku\*:**

Slovenská pošta

osobné prevzatie

---

\*) vybraté označiť „X“

<sup>1)</sup> Vyhláška MZ SR č. 521/2007 Z. z. o podrobnostiach o požiadavkách na pieskoviská .

**Spôsob zabezpečenia dopravy na odber vzoriek \*):**

- doprava zabezpečená objednávateľom
- doprava zabezpečená zo strany RÚVZ Banská Bystrica, spolplatnená podľa cenníka služieb poskytovaných RÚVZ B. Bystrica

**Spôsob platby\*:**

- bankovým prevodom na účet RÚVZ so sídlom v Banskej Bystrici v Štátnej pokladnici č.  
IBAN: **SK65 8180 0000 0070 0013 8159**
- platbou v hotovosti v pokladni RÚVZ v Banskej Bystrici

Objednávateľ súhlasí s využitím výsledkov odbornej a laboratórnej expertízy pre ďalšie odborné činnosti dodávateľa vrátane návrhu opatrení v prípade nevyhovujúcich vzoriek. Cena za vykonanie odbornej a laboratórnej analýzy bude stanovená podľa platného cenníka plnených výkonov dodávateľa RÚVZ so sídlom v Banskej Bystrici.

\* Správnu možnosť označte krížikom

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Banskej Bystrici (ďalej len „prevádzkovateľ“) informuje žiadateľa v súlade s § 19 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon“), že jeho osobné údaje bude spracúvať v súlade s týmto zákonom za účelom vybavenia predmetu žiadosti (ďalej len „účel“) na právnom základe podľa § 13 ods. 1 písm. b) zákona, ktorým je zmluvný vzťah medzi odberateľom a prevádzkovateľom.

Prevádzkovateľ nebude osobné údaje žiadateľa zverejňovať, sprístupňovať, alebo poskytovať tretím stranám, s výnimkou prípadov zbavenia mlčanlivosti podľa § 79 ods. 3. zákona. Osobné údaje nebudú prenesené do iných krajín mimo územia Európskej únie a tiež mimo územia Slovenskej republiky.

Žiadateľ má voči prevádzkovateľovi právo požadovať prístup k osobným údajom a namietať podľa § 21 voči ich spracúvaniu, na opravu podľa § 22, na výmaz podľa § 23, na obmedzenie spracúvania podľa § 24 a podať návrh na začatie konania podľa §100 zákona.

Prevádzkovateľ bude spracúvať osobné údaje iba počas doby trvania účelu a v rozsahu nevyhnutnom na splnenie účelu. Dokumenty s osobnými údajmi budú v súlade s platnou legislatívou Slovenskej republiky naďalej uchovávané počas trvania nasledujúcich 5 rokov.

Kontakt na zodpovednú osobu v oblasti ochrany osobných údajov: [zodpovedna.osoba.ruvzbb@uvzsr.sk](mailto:zodpovedna.osoba.ruvzbb@uvzsr.sk)

V ..... dňa .....

Čitateľne meno, priezvisko (funkcia)  
**podpis (prípadne pečiatka)**