

Regionálny úrad verejného zdravotníctva so sídlom v Žiline

Adresa: V. Spanyola 27, 011 71 Žilina, tel.: 041/72 33 843-5 fax: 041/72 35 465
Odbor objektivizácie faktorov životných podmienok

OBJEDNÁVKA

Zákazník:

Adresa zákazníka:

IČO: IČDPH:

Telefón: Fax:

Bankové spojenie:

Dôvod objednávky:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Platená služba | <input type="checkbox"/> Certifikácia | <input type="checkbox"/> Vyhlásenie o zhode |
| <input type="checkbox"/> Podnet | <input type="checkbox"/> Kontrolný rozbor | |

Požadované vyšetrenia:

- | | | |
|-----------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chemické | <input type="checkbox"/> Mikrobiologické | <input type="checkbox"/> Zmyslové |
|-----------------------------------|--|-----------------------------------|

Poznámka:

SL používa pri chemických a mikrobiologických ukazovateľoch binárne vyhlásenie zhody („**vyhovuje**“, alebo „**nevyhovuje**“), ktoré je určené hodnotou výsledku bez započítania neistoty.

V prípadoch, keď neistota merania spôsobí prekročenie legislatívneho limitu, existuje zvýšené riziko, že vyhlásenie zhody je nesprávne.

Zákazník (zástupca organizácie) svojím podpisom:

- potvrdzuje, že uvedené skutočnosti sú aktuálne a pravdivé
- súhlasí s použitou metódou stanovenia
- súhlasí s použitým rozhodovacím pravidlom
- berie na vedomie zvýšené riziko chybného vyhlásenia zhody v prípadoch, keď započítanie neistoty k výsledku spôsobí prekročenie limitnej hodnoty
- potvrdzuje, že bol informovaný o cene za vykonané skúšky

Iné požiadavky zákazníka:

.....

.....
Dátum

.....
Pečiatka a podpis zákazníka