


Objednávka rozboru vzorků potravin a PBU (plán vzorkování) Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem Centrum hygienických laboratoří, Zkušební laboratoř Praha 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:			
Bydliště:		Sídlo:	
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 Ústí nad Labem.			
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 Ústí nad Labem
Centrum hygienických laboratoří, Zkušební laboratoř Praha
 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:	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Datum:	Částka:	Č. dokladu:
Způsob platby:	<input type="checkbox"/> fakturou		<input type="checkbox"/> hotově	
Způsob předání výsledků:	<input type="checkbox"/> poštou		<input type="checkbox"/> osobně	

Datum transportu (den, měsíc, rok)	
---------------------------------------	--

T _{vzduchu v okolí vzorku:}	
--------------------------------------	--

Transport v chladícím zařízení:	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE
---------------------------------	------------------------------	-----------------------------

Pořízen záznam o průběhu teplot během transportu:	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> 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