

ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO ŠIBENSKO KNINSKE ŽUPANIJE			
	ODJEL ZDRAVSTVENE EKOLOGIJE	NAZIV: ZAHTJEV ZA SKLAPANJE UGOVORA O POSLOVNOJ SURADNJI	OZNAKA: OZE – OBR 7.1-1/1
			IZDANJE: 03
			STRANICA: 1/1

NAZIV TVRTKE I ADRESA (ukoliko je uzorkovanje potrebno izvršiti na drugoj adresi ili više lokacija molimo Vas da ih navedete)

OIB: _____

IBAN: _____

Broj telefona/mobitela

e-mail adresa

Odgovorna osoba (direktor ili osoba ovlaštena za potpis ugovora)

Osoba za kontakt, broj telefona/mobitela

VRSTA USLUGE (zaokružite)

1. PROCJENA MIKROBIOLOŠKE ČISTOĆE OBJEKTA

BROJ BRISEVA (PREMA PRAVILNIKU –NN 137/09) _____

UČESTALOST U GODINU DANA 1X 2X 3X ILI VIŠE _____

2. ISPITIVANJE HRANE

a) zdravstvene ispravnost

b) mikrobiološka analiza hrane (napišite broj uzoraka i učestalost uzorkovanja u godini) _____

c) led

3. ISPITIVANJE VODE ZA LJUDSKU POTROŠNJU

4. ISPITIVANJE ZDRAVSTVENE ISPRAVNOSTI BAZENSKIH VODA

5. OTPADNE VODE

6. SANITARNE ISKAZNICE

7. TEČAJ HIGIJENSKOG MINIMUMA

8. OSTALO

Izjava o povjerljivosti: Podaci i informacije koji su prikupljeni u obavljanju ugovorenog ispitivanja su poslovna tajna.

Zahtjev za izjavu o sukladnosti: a) da b) ne

Zahtjev za iskazivanje mjerne nesigurnosti: a) da b) ne

Šibenik, datum _____ Potpis: _____

Ocjena zahtjeva – potpis odgovorne osobe _____

Datum