



Zavod za javno zdravlje
Jovana Cvijića br.1 15000 Šabac

tel: 015-343-610 ; fax: 015-343-606 ; Email: kabinet@zjz.org.rs

ZAHTEV ZA ISPITIVANJE-VAZDUH

OB 321C

Strana 1 od 2

Podaci o korisniku usluga

Naručilac ispitivanja	
Vlasnik uzorka	
Adresa	
Lokacija uzorkovanje	
PIB	
Matični broj	
Telefon / fax	
E mail	
Osoba za kontakt	

Podaci o uzorku:

Uzorkovanje: zahtevano uzorkovanje uzorak dostavio korisnik dostavljeno poštom

Mesto: _____ Datum: _____ Vreme: _____

Uzorke vratiti korisniku: DA NE

Odricanje od odgovornosti laboratorije ZJZ Šabac u slučaju analize uzoraka dostavljenih od strane korisnika / poštom:

Ne preuzima se odgovornost za tačnost i potpunost dobijenih informacija.

Za uzorak dobijen od korisnika, rezultati se primenjuju na uzorak onakav kakav je primljen.

Zahtevana vrsta analize: (odabrati/markirati/dopisati)

1. Ispitivanje kvaliteta vazduha u životnoj sredini

Navesti parametre ispitivanja: _____

Zahtevani parametri ispitivanja: _____

Dužina trajanja ispitivanja: _____

Ostalo: _____

Zahtevane metode ispitivanja

Prihvataju se metode iz važećeg obima akreditacije laboratorije DA NE

Posebni zahtevi za metode ispitivanja: DA NE

Navesti koji: _____

Potrebna izjava o usaglašenosti DA NE

Ukoliko je potrebna izjava o usaglašenosti navesti prema kojoj specifikaciji (pravilnik, zakon, standard i sl.): _____

Prevod izveštaja o ispitivanju na engleski jezik DA NE

Izveštaj o ispitivanju dostaviti: poštom ; e-mailom ; lično preuzeti



Zavod za javno zdravlje
Jovana Cvijića br.1 15000 Šabac

tel: 015-343-610 ; fax: 015-343-606 ; Email: kabinet@zjz.org.rs

ZAHTEV ZA ISPITIVANJE-VAZDUH

OB 321C

Strana 2 od 2

Izjava korisnika o Pravilu odlučivanja za ocenu usaglašenosti uzorka : (odabрати i obeležiti jednu od ponuđenih mogućnosti)

- Ocena usaglašenosti u skladu sa pravilom odlučivanja definisanim u specifikaciji;
- Ocena usaglašenosti prema pravilu odlučivanja datim u SOP-00.2 koji je propisala laboratorija.**

Korisnik je upoznat sa dokumentom „Opšta pravila poslovanja ZJZ Šabac u okviru prižanja usluga laboratorijskih ispitivanja“ DA NE

Napomena: popuniti kada je primenjivo

Datum: _____ M.P. _____ Potpis ovlašćenog lica korisnika usluga _____

Izjava korisnika o saglasnosti za eksterno nabavljenu uslugu ispitivanja (popuniti kada je primenljivo):

Obavešteni smo i saglasni da se ispitivanja koja ne mogu da se izvrše u laboratoriji ZJZ Šabac, izvrše u nekoj od eksterno angažovanih laboratorija koje ispunjavaju zahteve važećeg standarda SRPS ISO 17025, a po izboru ZJZ Šabac i čiji su rezultati ispitivanja sastavni deo izveštaja o ispitivanju ZJZ Šabac.

M.P.

Potpis ovlašćenog lica korisnika usluga _____

Preispitivanje zahteva (popunjava laboratorija ZJZ Šabac)

Zahtev adekvatno definisan	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>
Dostavljena jasno definisana specifikacija(ukoliko postoji)	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>
Uzorak vraćen	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>
Zavod raspolaže resursima za ispunjenje zahteva	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>
Pravilo odlučivanja	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/>
	NP -Nije primenjivo

Datum: _____ Zahtev preispitao: _____