



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-BUKA

OB 322C

Strana 1 od 2

Podaci o korisniku usluga

Naručilac ispitivanja	
Adresa	
Lokacija merenja nivoa buke	
PIB	
Matični broj	
Telefon / fax	
E mail	
Osoba za kontakt	

Odricanje od odgovornosti laboratorije ZJZ Šabac u vezi podataka dobijenih od korisnika usluge prilikom merenja nivoa buke:

Ne preuzima se odgovornost za tačnost i potpunost dobijenih informacija.

Podaci o merenju nivoa buke:

Zahtevana vrsta analize: (odabrati/markirati/dopisati)

1. **Ispitivanje buke u životnoj sredini**

Postoji rešenje inspektora Broj rešenja: _____

Termin merenja: Dan Veče Noć

Merenje u zatvorenom prostoru Merenje na otvorenom prostoru

Broj mernih mesta: _____

Zahtevane metode ispitivanja

Prihvataju se metode iz važećeg obima akreditacije laboratorije	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Posebni zahtevi za metode ispitivanja: Navedi koji: _____	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Potrebna izjava o usaglašenosti Ukoliko je potrebna izjava o usaglašenosti navesti prema kojoj specifikaciji (pravilnik, zakon, standard i sl.): _____	DA <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Izveštaj o ispitivanju dostaviti: poštom <input type="checkbox"/> ; e-mailom <input type="checkbox"/> ; lično preuzeti <input type="checkbox"/>	

Izjava korisnika o Pravilu odlučivanja za ocenu usaglašenosti uzorka : (odabrati i obeležiti jednu od ponuđenih mogućnosti)	<input type="checkbox"/> Ocena usaglašenosti u skladu sa pravilom odlučivanja definisanim u specifikaciji; <input type="checkbox"/> Ocena usaglašenosti prema zahtevanoj specifikaciji bez uzimanja u obzir merne nesigurnosti – Pravilo 1 - ILAC-G8:09/2019 - pravilo odlučivanja dato u SOP-00.2 koji je propisala laboratorija.
---	--

Napomena: popuniti kada je primenjivo

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

Datum: _____

M.P.

Potpis ovlašćenog lica korisnika usluga



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-BUKA

OB 322C

Strana 2 od 2

Preispitivanje zahteva (popunjava laboratorija ZJZ Šabac)

Zahtev adekvatno definisan	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: _____