



Příhláška na program zkoušení způsobilosti laboratoří

Pořádá: Státní zdravotní ústav
Expertní skupina pro zkoušení způsobilosti
Šrobárova 49/48
Praha 10, PSČ 100 00
Kontakt: RNDr. D. Očadlíková
Telefon: 267082340
E-mail: danuse.ocadlikova@szu.gov.cz

Přihlašované programy zkoušení způsobilosti:

číslo	předmět	označení	cena
1.	Cytogenetická analýza periferních lymfocytů krve	PT#G/1/2026	2070 Kč + DPH za 1 sadu

Evidenční údaje:

Organizace..... IČ.....

Adresa..... DIČ.....

Odpovědný pracovník.....

Telefon.....E-mail.....

Počet zúčastněných osob.....

Odběr vzorků.....osobně..... poštou.....

Prohlášení:

1. Naše laboratoř se zúčastní označeného programu zkoušení způsobilosti
2. Laboratoř má potřebné přístroje, chemikálie a vybavení dané metodami
3. Dodržíme požadavky na časový rozvrh PT
4. Dodržíme pokyny zacházení se vzorky
5. Všechny úkony spojené se stanovením vyšetřovaných ukazatelů provedeme přímo v přihlášené laboratoři a provedou je kvalifikovaní pracovníci přihlášené laboratoře
6. Prohlašujeme, že nebudeme falšovat výsledky a ani se účastnit nekalých dohod mezi účastníky
7. Uvedeme požadované údaje do protokolu a dodržíme platné předpisy

Datum:

Podpis a razítko účastníka: