

**Všeobecná fakultní nemocnice v Praze**

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2

IČ: 00064165, tel. 224 961 111

Žádost o EOK/EHK**Formulář****F-VFN-435**

Strana 1 z 1

Verze číslo: 3

ŽÁDAJÍCÍ (vyplňuje pracoviště)

Název žádajícího pracoviště	Všeobecná fakultní nemocnice v Praze Fakultní transfuzní oddělení
Adresa	U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 K Interně 640, 156 00 Praha 5
Nákladové středisko	75101

Kontaktní osoba za pracoviště

Jméno, příjmení	MUDr. Daniela Dušková, Ph.D.
Telefon (linka)	225374271

EOK - Externí ověřování kvality

certifikační/akreditační audit ☐	recertifikační/reakreditační audit ☒
dozorový audit ☐	žádost o změnu ☐

Kontrolní orgán

ČIA ☐	NASKL ☐
jiné (vypiště jiný kontrolní orgán) ☒	CQS

EHK - Externí hodnocení kvality (mezilaboratorní porovnání)

Dodavatel EHK (Název)	
-----------------------	--

Doplňující informace k EHK/EOK

Předpokládaný termín realizace	I.19
Předběžná cena	80000,-

Poznámka žadatele

Specifikace a jiné poznámky: (např. název normy, specifikace změny apod.)

SCHVALUJÍCÍ (vyplňuje objednatel - Odbor kvality)

Žádanka č. 95/2018	
schvaluji ☒	neschvaluji ☐

Poznámka objednatelova místa

Specifikace a jiné poznámky:

Datum a podpis schvalujícího

12.12.2018
