

**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 žadajícího pracoviště	Fakultní trasnfuzní oddělení
Adresa	U Nemocnice 499/2, 128 00 ; K Interně 640, 156 00
Nákladové středisko	
Kontaktní osoba za pracoviště	
Jméno, příjmení	
Telefon (linka)	
EOK - Externí ověřování kvality	
certifikační/akreditační audit <input type="checkbox"/>	recertifikační/reakreditační audit <input type="checkbox"/>
dozorový audit <input type="checkbox"/>	žádost o změnu <input type="checkbox"/>
Kontrolní orgán	
ČIA <input type="checkbox"/>	NASKL <input type="checkbox"/>
jiné (vypiště jiný kontrolní orgán) <input type="checkbox"/>	
EHK - Externí hodnocení kvality (mezilaboratorní porovnání)	
Dodavatel EHK (Název)	SEKK
Doplňující informace k EHK/EOK	
Předpokládaný termín realizace	v průběhu celého roku 2020
Předběžná cena	50 000,-
Poznámka žadatele	
Specifikace a jiné poznámky: (např. název normy, specifikace změny apod.)	
SCHVALUJÍCÍ (vyplňuje objednatel - Odbor kvality)	
Žádanka č. 77/2019	
schvaluji <input checked="" type="checkbox"/>	neschvaluji <input type="checkbox"/>
Poznámka objednatelova místa	
Specifikace a jiné poznámky:	
Datum a podpis schvalujícího	
2.12.2019 schváleno	