

## ŽÁDOST O EOK/EHK

ŽÁDAJÍCÍ (vyplňuje pracoviště)	
Název žadajícího 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	
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 checked="" type="checkbox"/>	žádost o změnu <input type="checkbox"/>
Kontrolní orgán	
ČIA <input type="checkbox"/>	NASKL <input type="checkbox"/>
jiné (vypiště jiný kontrolní orgán) <input checked="" type="checkbox"/>	CQS
EHK - Externí hodnocení kvality (mezilaboratorní porovnání)	
Dodavatel EHK (Název)	
Doplňující informace k EHK/EOK	
Předpokládaný termín realizace	21.1.2020
Předběžná cena	50000,-
Poznámka žadatele	
Specifikace a jiné poznámky: (např. název normy, specifikace změny apod.)	
SCHVALUJÍCÍ (vyplňuje objednatel - Odbor kvality)	
Žádanka č. 96/2019	
schvaluji <input checked="" type="checkbox"/>	neschvaluji <input type="checkbox"/>
Poznámka objednatelova místa	
Specifikace a jiné poznámky:	
Datum a podpis schvalujícího	