Krajská hygienická stanice Ústeckého kraje
se sídlem v Ústí nad Labem
Moskevská 15, 40001 Ústí nad Labem, P.O. Box 78

Vyřizuje:
odbor:
oddělení:
územní pracoviště:
vedoucí oddělení: (jméno, tel., e-mail)
ředitel odboru: (jméno, tel., e-mail)

V dne

Zdravotní ústav se sídlem v Ústí nad Labem
Moskevská 1531/15
400 01 Ústí nad Labem
kontaktní osoba:

POŽADAVEK č. :
NA PROVEDENÍ LABORATORNÍ EXPERTÍZY

1. **Požadovaná expertíza:** */kód setu, název výkonu/*

2. **Vzorek, měření:** **Počet vzorků, měření:**

3. **Subjekt, u něhož má být expertíza provedena:** */název, adresa, IČ, příp. r.č./*

   1. Kontaktní osoba: */subjektu/*
   2. Název profese: */případné číselné označení/*

4. **Označení místa:** */např. místo odběru, měření, doba odběru nebo měření, objekt, pracoviště, případně včetně náčrtku formou přílohy/*

5. **Požadavky na podmínky měření:** */rozsah provozu technologického zařízení, počet měřících míst, počet odběrů apod./*

6. **Další požadavky:** */např. případné požadavky na sterilní odběrové pomůcky a materiál nebo jiný materiál, provedení odběru vzorku/ů apod./*

7. **Požadovaný termín plnění:**
   1. Termín měření, odběru vzorku:
   2. Termín dodání protokolu:

8. **Předběžná cena**:

9. **Výsledky expertízy a fakturu zašlete na adresu***:*
   Krajská hygienická stanice Ústeckého kraje se sídlem v Ústí nad Labem, Moskevská 15, 400 01 Ústí nad Labem
   e-mail: [redacted]

10. **Požadavek odeslán dne:**

11. **Potvrzení přijetí požadavku zašlete na e-mail.**

---
vedoucí oddělení