



ŽÁDAJÍCÍ (vyplňuje klinika/laboratoř)

Název žadajícího útvaru (klinika/pracoviště/laboratoř)	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 žadající útvar

Jméno, příjmení	MUDr. Daniela Dušková, Ph.D.
Telefon	225374271
E-mail	Daniela.Duskova@vfn.cz

EOK

certifikační/akreditační audit*) <input type="checkbox"/>	recertifikační/reakreditační audit*) <input checked="" type="checkbox"/>
dozorový audit*) <input type="checkbox"/>	žádost o změnu*) <input type="checkbox"/>
Předpokládaný termín realizace	únor 2018
Předběžná cena	100 000,-

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)* <input type="checkbox"/>
Kontrolní orgán

Poznámka žadatele

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

SCHVALUJÍCÍ (OBJEDNACÍ MÍSTO) - Odbor kvality

Žádanka č. 24/2017	
schvaluji*) <input checked="" type="checkbox"/>	neschvaluji*) <input type="checkbox"/>

Poznámka objednatelova místa

Specifikace a jiné poznámky:

Datum a podpis schvalujícího

Mgr. Lucie Mlatečková

24. 9. 2017

**VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE
V PRAZE
ODBOR KVALITY
U NEMOCNICE 499/2
128 08 PRAHA 2**

*) Kliknutím do malého čtverce se zaškrtně zvolená odpověď.