**Přihláška na program zkoušení způsobilosti laboratoří**

Pořádá: Státní zdravotní ústav

 Expertní skupina pro zkoušení způsobilosti

 Šrobárova 49/48

 Praha 10, PSČ 100 00

Kontakt: RNDr. D. Očadlíková

Telefon: 267082340

E-mail: danuse.ocadlikova@szu.cz

**Přihlašovaný programy zkoušení způsobilosti:**

**číslo**  **předmět** **označení cena**

1. Cytogenetická analýza periferních lymfocytů krve PT#G/1/2024 1820 Kč + DPH

za 1 sadu

 **Evidenční údaje:**

Organizace…............................................................................... IČ.......................

Adresa........................................................................................................... DIČ…………….

Odpovědný pracovník......................................................................................

Telefon..................................................E-mail................................................

Počet zúčastněných osob……………………………………..

Odběr vzorků……………osobně……… poštou…………….

 **Prohlášení:**

1. Naše laboratoř se zúčastní označeného programu zkoušení způsobilosti

2. Laboratoř má potřebné přístroje, chemikálie a vybavení dané metodami

3. Dodržíme požadavky na časový rozvrh PT

4. Dodržíme pokyny zacházení se vzorky

5. Všechny úkony spojené se stanovením vyšetřovaných ukazatelů provedeme přímo

 v přihlášené laboratoři a provedou je kvalifikovaní pracovníci přihlášené laboratoře

6. Prohlašujeme, že nebudeme falšovat výsledky a ani se účastnit nekalých dohod mezi účastníky

7. Uvedeme požadované údaje do protokolu a dodržíme platné předpisy

Datum: Podpis a razítko účastníka: