

ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO KARLOVAČKE ŽUPANIJE	NAZIV:	OZNAKA: OBR-4.4/5
	ZAHTJEV KUPCA ZA ANALIZU UZORAKA HRANE I OTISAKA/OBRISAKA	IZDANJE: 04
SLUŽBA ZA ZDRAVSTVENU EKOLOGIJU		STRANICA: 1/1

Kupac (naziv firme, obrta, osobe): _____

Adresa (ulica, mjesto): _____

OIB: _____ Broj telefona/mobitela: _____

Objekat za koji se traži ispitivanje: _____

Ulica: _____ Mjesto: _____

Vrsta uzorka/količina: 1. Hrana _____

2. Otisak/obrisak _____

Vrsta tražene analize za uzorke hrane:

- MIKROBIOLOŠKA → prema → 1. Vodič za mikrobiološke kriterije za hranu
2. Uredba Komisije (EZ) br. 2073/2005 od 15.11.2005. o mikrobiološkim kriterijima za hranu, uključujući sve izmjene i dopune
3. Plan uzorkovanja / samokontrole kupca _____
4. _____

SENZORSKA

KEMIJSKA _____

Vrsta tražene analize za uzorke otisaka/obrisaka:

- MIKROBIOLOŠKA → prema → 1. Pravilnik o učestalosti kontrole i normativima mikrobiološke čistoće u objektima pod sanitarnim nadzorom
2. Plan uzorkovanja / samokontrole kupca _____
3. _____

Kupac je upoznat i suglasan sa metodama koje se primjenjuju za traženo ispitivanje u Službi za zdravstvenu ekologiju, što potvrđuje svojim potpisom. U slučaju promjene ispitnih metoda s kojima je kupac upoznat za pokazatelje koji se analiziraju, kupac je suglasan da se te metode primjenjuju bez naknadne obavijesti.

Datum podnošenja zahtjeva:

Potpis kupca:

Odobrio/datum: _____

OBRADA OSOBNIH PODATAKA

Svojim potpisom dajem svoju izričitu suglasnost i privolu da Zavod za javno zdravstvo Karlovačke županije, Karlovac, dr. Vladka Mačeka 48, OIB 89666864899 prikuplja, obrađuje, koristi i analizira podatke koji se odnose na mene, uključujući i moje osobne podatke.

Ovime dajem izričitu privolu Zavodu za javno zdravstvo Karlovačke županije za poduzimanje radnji vezano za obradu mojih osobnih podataka u skladu s propisima koji uređuju zaštitu osobnih podataka, u svrhu obavljanja usluga iz djelatnosti Zavoda za javno zdravstvo Karlovačke županije prema gore navedenom zahtjevu.

Privola se izričito odnosi na podatke koje sam dala/dao u svrhu izvršenja usluga prema gore navedenom zahtjevu.

Svojim potpisom potvrđujem da ovu suglasnost dajem dobrovoljno, te da sam prije davanja suglasnosti obaviještena/obaviješten o sljedećem:

- svrsi obrade kojoj su podaci namijenjeni
- da ovu suglasnost mogu u svakom trenutku opozvati te Zavod za javno zdravstvo Karlovačke županije nakon toga više neće obrađivati podatke u svrhu za koju je suglasnost bila dana,
- opoziv suglasnosti ne utječe na zakonitost obrade prije njezina opoziva.

Ova privola vrijedi do opoziva.

Stranka:
