

Klasa:

Ur. Broj:

ZAHTJEV ZA SKLAPANJE UGOVORA O POSLOVNOJ SURADNJI

NAZIV TVRTKE I ADRESA

(UKOLIKO JE UZORKOVANJE POTREBNO IZVRŠITI NA VIŠE LOKACIJA,
MOLIMO VAS DA IH NAVEDETE)

IBAN

BROJ TELEFONA I FAXA

OIB: _____

e-mail adresa

ODGOVORNA OSOBA (DIREKTOR ILI OSOBA OVLAŠTENA ZA POTPIS UGOVORA)

OSOBA ZA KONTAKT, BR. TELEFONA

VRSTA USLUGE: (zaokružite ili podvucite)

1. SANITARNE ISKAZNICE
2. TEČAJ HIGIJENSKOG MINIMUMA
3. ISPITIVANJE NAMIRNICA
 - a) ZDRAVSTVENA ISPRAVNOST
 - b) MIKROBIOLOŠKA ANALIZA NAMIRNICA – BROJ UZORAKA HRANE (MOLIMO NAPIŠITE BROJ):
___ UZORAK/UZORAKA HRANE
4. ISPITIVANJE PREDMETA OPĆE UPORABE
5. PROCJENA MIKROBIOLOŠKE ČISTOĆE OBJEKTA

BROJ BRISEVA (PREMA PRAVILNIKU - N.N. 137/09)	5	10	15	20 ILI VIŠE:	_____
UČESTALOST (U GODINI DANA)	2X	3X	4X	ILI VIŠE:	_____
6. SAVJETOVANJE PRI UVOĐENJU HACCP SUSATAVA KONTROLE
7. DERATIZACIJA, DEZINFEKCIJA I DEZINSEKCIJA
8. ISPITIVANJA VODE
9. ISPITIVANJA BUKE, ZRAKA, ŽIVOTNE I RADNE OKOLINE
10. ISPITIVANJA TLA I OTPADA
11. DETEKCIJA LEGIONELE
12. EPIDEMIOLOŠKI NADZOR
13. MIKROBIOLOŠKE USLUGE
14. OSTALO _____

ZAGREB, _____

DATUM

M.P. _____

POTPIS