

 HZJZ <small>HRVATSKI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVO</small>	Služba za zdravstvenu ekologiju Odjel za dodatke prehrani i biološki aktivne tvari	Rockefellerova 7 10000 Zagreb Tel: 01/46 83 204
	ZAHTJEV ZA ISPITIVANJE	
Oznaka: O-SZE-P2-5	Izdanje/preradba: 1/2	Stranica: 1/1

Naziv zahtjevatelja		Naziv uzorka			
Adresa		Količina			
Telefon / telefaks		Pakiranje	Rinfuza	Originalno	
E-adresa		Čuvanje	Sobna temp.	Hladno	Smrzavanje
OIB		Rok trajanja			
Kontakt osoba		LOT			
Žiro-račun		Uzorkovao/Dostavio			
Račun poslati		Mjesto i datum			
Izveštaj poslati		Zaprimio		Datum	
Kategorija uzorka (zaokružiti) : 13.10. Dodaci prehrani 13.13. Hrana sa zdravstvenom tvrdnjom 13.1. Hrana za dojenčad i djecu 13.5. Hrana za posebne medicinske potrebe 13.3. Hrana namijenjena smanjenju tjelesne mase/zamjenski obroci 13.2. Hrana bez glutena 13.11. Hrana namijenjena sportašima i osobama s povećanom tjelesnom aktivnošću 13.12. Sirovine dodatke prehrani 13.15. Sirupi i biljne kapi 13.18. Nova hrana					
Svrha analize (zaokružiti) : 1. Usporedba s deklaracijom/specifikacijom proizvoda 2. Kvaliteta 3. Zdravstvena ispravnost 4. Monitoring 5. Ugovor 6. Usluga mjerenja 7. Projekt					
Dodatne informacije ili posebni zahtjevi:					
<i>Ispunjava Odjel:</i>					

Informativni popis analiza možete vidjeti na web poveznici: <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2021/02/Informativni-popis-analiza.docx>

Napomena 1: Suglasan/a sam da će odabir parametara kao i metode ispitivanja izvršiti ovlašteno osoblje Službe za zdravstvenu ekologiju.

Suglasan/a sam da se u slučaju ocjene sukladnosti primjenjuju Pravila odlučivanja koja su dostupna na web stranici HZJZ:

<https://www.hzjz.hr/sluzba-zdravstvena-ekologija/odjel-za-dodatke-prehrani-i-bioloski-aktivne-tvari/>

<https://www.hzjz.hr/sluzba-zdravstvena-ekologija/odjel-za-zdravstvenu-ispravnost-hrane/>

Napomena 2: Suglasan/a sam da u slučaju povećanja ili smanjenja broja analiza, promjene metode ili podugovaranja provođenja analize budem obaviješten prije početka analize.

Popunjavanjem podataka u Zahtjevu za ispitivanje dajete privolu da se Vaši osobni podaci koriste isključivo u svrhu izvršenja zahtijevane usluge, a u skladu s važećim primjenjivim propisima te Općom uredbom o zaštiti osobnih podataka. Hrvatski zavod za javno zdravstvo jamči svakom podnosiocu zahtjeva da će njegovi osobni podaci biti adekvatno zaštićeni od pristupa neovlaštenih osoba te pohranjeni na sigurno mjesto i čuvani u skladu s uvjetima i rokovima predviđenim Pravilnikom o zaštiti i obradi arhivskog i registraturnog gradiva

Datum: _____

Potpis: _____