

## OBJEDNÁVKA MIKROBIOLOGICKÉHO VYŠETŘENÍ STĚRŮ

### MAJITEL/PLÁTCE/FIRMA

Jméno a adresa:

---

IČO:

DIČ:

Tel:

Email:

Fakturace/Nákup služeb

Zadavatel:

---

### Vzorky odebral

jméno a adresa:

Dne a hod.:

---

místo odběru vzorků: (u dovozu země původu)

---

### Vzorky:

č.	Označení vzorku	č.	Označení vzorku
1.		11.	
2.		12.	
3.		13.	
4.		14.	
5.		15.	
6.		16.	
7.		17.	
8.		18.	
9.		19.	
10.		20.	

### \*Důvod odběru vzorků

KONTROLA SANITACE PROSTŘEDÍ

HYGIENA JATEČNĚ OPRACOVANÝCH TĚL

stíraná plocha 10 cm<sup>2</sup>

stíraná plocha 50 cm<sup>2</sup>

destruktivní metoda

stíraná plocha 20 cm<sup>2</sup>

stíraná plocha 100 cm<sup>2</sup>

stěrová metoda

### \*Požadovaný rozsah vyšetření

CPM (Celkový počet životaschopných mikroorganismů)

Enterobacteriaceae

Salmonella sp.

Listeria monocytogenes

Dle MN SVS ČR 2/2006 (NK ES 2073/2005)

Podle vyhlášky 289/07 Sb., příloha 3B

\*Řádně vyplňte, prosím žádanku a označte zvolenou variantu