**Ф03-ПП**

**Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения**

**"Центр гигиены и эпидемиологии в Удмуртской Республике"**

**АККРЕДИТОВАННЫЙ ИСПЫТАТЕЛЬНЫЙ ЛАБОРАТОРНЫЙ ЦЕНТР**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Юридический адрес: 426033, г. Ижевск, ул. Кирова, 46, тел. (3412) 43-23-11, факс. 43-34-96,

ОКПО 74047299, ОГРН 1051800458962, ИНН/КПП 1831102821/183101001

**АКТ (ПРОТОКОЛ)**

**отбора/ приема проб (образцов)**

от «03» 03 2023г. № 258

|  |  |
| --- | --- |
| **Заказчик (юридическое лицо, индивидуальный предприниматель, физическое лицо)**, **направивший пробы (образцы) на исследование** | |
| Наименование | Управление Роспотребнадзора по УР |
| Юридический адрес | Удмуртская Республика, г. Ижевск, ул. Ленина, 106 |
| ИНН/ телефон | 1835064045 тел. 22-23-11 |
| Фактический адрес\*  (\*при несовпадении с юридическим адресом) |  |
| **Цель отбора** (поставить галочку, подчеркнуть нужное) 🞏демография, 🞏стратегия, 🞏ж/д транспорт | |
| **Контрольно-надзорная деятельность:** | 🞏 административное расследование;  🞏 профилактический визит,  *контрольные надзорные мероприятия:*  🗹плановая проверка/ 🞏внеплановая проверка (выездная проверка, мониторинговая закупка, выборочный контроль, инспекционный визит);  🞏 расследование массовых неинфекционных заболеваний (отравлений);  *контрольно-надзорные мероприятия без взаимодействия:*  *расследование инфекционных заболеваний:*  🞏по эпидпоказаниям, в т.ч. контактные, 🞏с профилактической целью,  🞏 санитарный контроль на транспорте, пунктах санитарного контроля,  🞏 массовые мероприятия, *оценка деятельности:*  🞏 контроль качества;  *Обеспечение санитарно-гигиенических экспертиз:*  🞏 лицензирование деятельности, оценка жилищных условий |
| **Мониторинг** | *Мониторинг:* Иные мониторинговые исследования: мониторинг для других субъектов 🞏 региональный центр (опорные лаборатории) по незаявленным веществам, 🞏референс-центр, 🞏региональный центр; |
| **Внебюджетная деятельность:** | 🞏 производственный контроль,  🞏Заявка на проведение испытаний от физических лиц,  *Заявка на проведение испытаний от юридических лиц, ИП:*  🞏 подтверждение сроков годности,  🞏 подтверждение соответствия (декларирование, сертификация), 🞏лицензирование, проведение испытаний по программе заказчика |
| **Основание для отбора** | |
| 🞏Предписание/ 🗹поручение № 13 дата 01.03.2023 срок по предписанию 07.03.2023  (ТО) РПН по Удмуртской Республике в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **заявление № дата** договор № дата | |
| **Субъект контроля: юридическое лицо, ИП, физическое лицо, у которого отбирались пробы\*** (\*Заполняется при несовпадении с данными о Заказчике) | |
| Наименование | БУЗ УР «Больница» |
| Юридический адрес | Удмуртская Республика, г. Ижевск, ул. Кирова, 5 |
| ИНН | 18360487856 |
| ОКВЭД | 86.1 |
| Тип объекта | Деятельность больничных организаций |
| **Точка отбора (объект), где производился отбор пробы** (например, пекарня, столовая, кафе, киоск по продаже воды, детский сад, школа, интернат, поликлиника, стационар, медицинский кабинет, бассейн, пищеблок, магазин, торговый центр, оптовый склад, КФХ, частное домохозяйство, ферма, убойный цех, цех по производству и т.д.) | |
| Наименование | Стационар БУЗ УР «Больница» |
| Фактический адрес | Удмуртская Республика, г. Ижевск, ул. Кирова, 5 |
| **Условия транспортировки и хранения** | 🗹автотранспорт, 🗹 изотермическая емкость (термоконтейнер),  в т.ч 🞏 с хладоэлементами, 🞏 иное (указать): |
| **Контрольные пробы\***  (\*при необходимости) | 🗹Отбор контрольных проб (образцов) не проводился,  🞏 Отбор контрольной пробы (образца), место хранения (указать адрес, кабинет): |
| **Дополнительные сведения** (\*при необходимости) |  |
| **Условия хранения в момент отбора пробы\***  (\*при необходимости) |  |
| **Данные замеров гамма-фона при отборе проб на радиологические исследования\*** (при необходимости\*)**:** | |
| **Сведения об отбираемых пробах** | |

Приложение № 2

(дез. средства)

Порядковый номер пробы № 1

Код пробы 012325811

Код пробы (ЕИАС)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (заполняется в отделе приема проб ИЛЦ)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Наименование пробы** | 1% раствор Септалит-тетра | | | |
| **Дата отбора проб** | **03.03.2023** | **Время отбора** | **С 08.00** | **До 08.05** |
| **НД на отбор проб**  (\*на усмотрение заказчика) | 🗹 **Согласно инструкции на дез. средство**  🞏 иное: | | | |
| **Для каких целей**  **применяется** | Для предстерилизационной обработки медицинского инструментария в ЦСО | | | |
| **Изготовитель** | БУЗ УР "Больница" | | | |
| **юридический адрес** | Удмуртская Республика, г. Ижевск, ул. Кирова, 5 | | | |
| **фактический адрес\***  (при несовпадении с юридическим адресом) |  | | | |
| **Дата выработки,**  **время** | 03.03.2023 | | | |
| **Объём партии** | 10 л | | | |
| **Вес/ объём пробы** | 150 мл | | | |
| **Тара, упаковка** | Темный стеклянный стакан | | | |
| **Номер пломбы**\*  (при наличии) | Н 25468 | | | |
| **Нормативный документ, регламентирующий объем исследований (пункт)** | Согласно инструкции | | | |
| **Исследуемый показатель** | Массовая доля действующего вещества | | | |

Должность, ФИО лица отобравшего пробы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность, ФИО представителя РПН, в присутствии которого отобраны пробы\* (\*при надзорных мероприятиях) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Должность, ФИО представителя объекта, в присутствии которого отобраны пробы\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Поля, не отмеченные\*, заполняются в обязательном порядке**