**Megrendelő (jelentkezési lap)**

Kérem, olvashatóan töltse ki az alábbi adatokat:

**Ezúton jelentkezem az alábbiak szerint a Nébih által szervezett 2024. évi *Trichinella* jártassági vizsgálatra:**

|  |
| --- |
| **Vizsgálóhely adatai** |
| Vizsgálóhely neve\* |  |
| Engedélyezési száma\* | HU  |
| Irányítószám\* |  |
| Város\* |  |
| Utca, házszám\* |  |
| Vizsgálatot végző / ellenjegyző állatorvos neve \* |  |
| Vizsgálatot végző / ellenjegyző állatorvos munkahelye \* |  |
| Vizsgálatot végző / ellenjegyző állatorvos munkahelyének adószáma \* |  |
| Kapcsolattartó neve a vizsgálóhely részéről \* |  |
| Telefonszáma\* |  |
| E-mail címe\* |  |
| **Illetékes kormányhivatal kapcsolattartói adatai** |
| Illetékes fővárosi/vármegyei kormányhivatal \* | Jelöljön ki egy elemet. |
| Kapcsolattartó neve az illetékes kormányhivatal részéről \* |  |
| Telefonszáma \* |  |
| E-mail címe \* |  |
| **Illetékes járási hivatal kapcsolattartói adatai** |
| Illetékes járási hivatal neve |  |
| Kapcsolattartó neve az illetékes járási hivatal részéről |  |
| Telefonszáma |  |
| E-mail címe |  |
| Megjegyzés |  |
| **\*-gal jelölt adatok kitöltése kötelezőek!** |

Tájékoztatásul jelzem, hogy a fent megadott adatok csak a jelen jártassági vizsgálatban résztvevő laboratórium/vizsgálóhely azonosítására kerülnek felhasználásra, a bizalmas ügykezelést betartva.

**Nyilatkozat a jelentkező** Laboratórium/vizsgálóhely részéről:

1. A megrendelővel (jelentkezési lappal) küldött tájékoztatóban szereplő feltételeket megismertem, az abban szereplő statisztikai értékelési módokat elfogadom.
2. A Laboratórium/vizsgálóhely vezetése felelősséget vállal arra, hogy a jártassági vizsgálatban saját, független eredményt küld el.
3. Hozzájárulok, hogy kódszám alkalmazásával a jártassági vizsgálatban megadott mérési eredményeinket a zárójelentésben és publikációkban nyilvánosságra hozzák.
4. Hozzájárulok, hogy a Szervező minden esetben továbbítsa a jártassági vizsgálaton elért eredményemet, és azonosító kódszámomat az illetékes vármegyei kormányhivatal és/vagy járási hivatal részére, a területet szakmai felügyeletét adó kapcsolattartóknak.

Kelt: ………………………….

……………………………….

aláírás, Ph.

Aláíró neve:

Beosztása:

A kitöltött megrendelőt kérem visszaküldeni a koordinátor részére az alábbi címre e-mailen (az aláírás miatt szkennelve, PDF formátumban): korvizsgalat@nebih.gov.hu

**JELENTKEZÉSI HATÁRIDŐ: 2024. február 5.**