MEGHATALMAZÁS

Alulírott(ak), …….., mint a

(cég / egyéni vállalkozó neve: …….

……..

címe: ……

adószáma: ……

cégjegyzékszáma): ……...

képviseletében, mint Megrendelő meghatalmazom:

a foglalkozás-egészségügyi szakorvost / vállalkozást:

neve: ……

……..

címe: ……...,

a közöttünk fennálló foglalkozás-egészségügyi szerződés alapján az alábbiakra:

- 25/2000. (IX. 30.) EüM-SZCSM együttes rendelete alapján cégünk illetékes dolgozóira előírt vér/vizelet vizsgálatokat cégünk helyett és nevében a Győr-Moson-Sopron Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztály Laboratóriumi Osztálytól - 9024 Győr Jósika u. 16.- megrendelje.
- A Győr-Moson-Sopron Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztály a megrendelt vizsgálatok eredményeit (személyi jogok, orvosi titoktartás biztosítása érdekében) a foglalkozás-egészségügyi szakorvos/vállalkozás részére küldje meg.
- A jelen meghatalmazás alapján a megrendelt vér-, vizeletvizsgálatok díjfizetési kötelezettsége nem a nevünkben eljáró foglalkozás-egészségügyi szakorvost/vállalkozást terheli, hanem a számlát a Győr-Moson-Sopron Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztály jogosult cégünk/egyéni vállalkozásunk részére közvetlenül kiállítani.

Jelen meghatalmazás érvényes a Megrendelő által történő visszavonásig, amelyről a Megrendelő írásban értesíti a foglalkozás-egészségügyi szakorvost/vállalkozást és a Győr-Moson-Sopron Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztályát. Ameddig a Győr-Moson-Sopron Megyei Kormányhivatal Népegészségügyi Főosztály Laboratóriumi Osztály igazoltan nem kap értesítést a meghatalmazás visszavonásáról, addig a jelen meghatalmazásban foglaltak az irányadóak a fizetési kötelezettségre.

Kelt: …… év …… hó ……. nap

p.h.

…….
Megrendelő cég / egyéni vállalkozás képviselő(je)i

GYŐR-MOSON-SOPRON MEGYEI KORMÁNYHIVATAL NÉPEGÉSZSÉGÜGYI FŐOSZTÁLY
LABORATÓRIUMI OSZTÁLY
TEFONAZ LABORATÓRIUM
9024 Győr, Jósika u. 16. Tel.: (96)418-044, Fax: (96)418-068

MINTAVÉTELI ADATLAP

a foglalkozás-egészségügyi biológiai vizsgálatokhoz

Jelen „Mintavételi adatlap" 1. pontjában nevesített Megrendelő meghatalmazása alapján a 3. pontban megnevezett, és alulírott foglalkozás-egészségügyi szakorvos megrendelem a Megrendelő következő munkatársa(i) alábbi foglalkozás-egészségügyi vizsgálatá(i)t:

1. Vizsgálatot kérő cég neve, címe: .....

.....

2. Adószáma: .....

3. Cég foglalkozás-egészségügyi szakorvosának neve, címe: .....

.....

4. Mintavevő neve: .....

5. ***Minta jelölése: .....

6. *Mintavétel helye: munkahely - orvosi rendelő - vizsgálólaboratórium

7. *Mintavétel ideje (év, hónap, nap): .....

műszak után (mu) következő műszak előtt (köv. me)
munkahét végén (mhv) egész napon át gyűjtött (engy)

8. *Mintavétel minősítése: nem akkreditált - akkreditált

9. *Minta megnevezése: vér - vizelet

10. Minta csomagolása: .....

11.1. **Vizsgált dolgozó neve: .....

11.2. **Születési év, hónap, nap: .....

11.3. **Vizsgált dolgozó foglalkozása, tevékenysége: .....

12. Dolgozó(ka)t érő vegyi ártalom: .....

13. Kért vizsgálatok: .....

.....

14. Mintát a vizsgálólaboratóriumban átadta: .....

15. Mintaátadás időpontja: .....

16. Mintát átvette, sorszámozta: ..... Teljesítés várható ideje: .....

17. **Minta sorszáma a vizsgálólaboratóriumban:

18. Mintavételi adatlap sorszáma:

19. Mintavételi adatlap mellékleteinek darabszáma (db): .....

20. Megjegyzés: .....

Kelt: ……. év …… hó …….. nap

P.H. …….
vizsgálatot kérő orvos aláírása, pecsétje

Jelmagyarázat:

* A megfelelő rész aláhúzandó

** Egynél több dolgozó vizsgálata esetén, ha azonos ártalmaknak vannak kitéve, akkor a 11.1. ponthoz a név helyett számokkal kell beírni, hogy hány személynél kérik a vizsgálatot. Ekkor a 11.2.; 11.3. és 17. pontokat nem kell kitölteni. A vizsgálandó dolgozók névsorát és adatait, a „Mintavételi adatlap"-hoz csatolt, sorszámozott mellékleten kell feltüntetni.

*** Egynél több dolgozó vizsgálata esetén a minta jelölését nem ide, hanem a melléklet első oszlopába kell beírni.

GYŐR-MOSON-SOPRON MEGYEI KORMÁNYHIVATAL NÉPEGÉSZSÉGÜGYI FŐOSZTÁLY
LABORATÓRIUMI OSZTÁLY
TEFONAZ LABORATÓRIUM
9024 Győr, Jósika u. 16. Tel.: (96)418-044, Fax: (96)418-068

MELLÉKLET
a „**MINTAVÉTELI ADATLAP**
a foglalkozás-egészségügyi biológiai vizsgálatokhoz”

Mintavételi adatlap sorszáma: **Melléklet sorszáma:

Vizsgálatot kérő cég neve, címe: .....

.....

Mintavétel időpontja: .....

*Minta jele	Dolgozó neve	Születés dátuma	Dolgozó foglalkozása	Vizsgálólaboratórium adta minta sorszáma

Jelmagyarázat:
* A „Minta jele” című rovatba a mintának adott jelölés mellett a „Mintavételi adatlap” 7. pontja alapján a mintavétel idejének megfelelő (zárójelben lévő) rövidítést is be kell írni. Pl.: <u>műszak utáni</u> mintavételnél **mu**; <u>munkahét végén</u> történt mintavételnél **mhv**; stb.
** A mellékletek sorszámát a lapok folyamatosan növekvő sorszámával és attól „per” (/) jellel elválasztott összes mellékletszámmal együtt kell megadni. Pl.: 2 db melléklet esetén az egyes lapok sorszáma: 1/2. és 2/2.