



ΚΕΝΤΡΟ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ
ΠΡΟΜΗΘΕΙΑΣ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (ΚΕ.ΕΛ.Π.ΝΟ.)
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ



ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΚΤΥΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΩΝ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΑΤ. ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ-ΘΡΑΚΗΣ

Ταχ. Διεύθυνση : Ανδρονίκου 36 & Μητροπούλου -
Αλεξανδρούπολη
Ταχ. Κώδικας : 68100
Τηλέφ. : 25510-25748
Τηλεομοιοτυπία/fax : 25510-10048
Ηλεκ. Διεύθυνση / e-mail : pedy_alexandr@keelpno.gr
Αρ. πρωτ. :
Αρ. δείγμα. Εργ. :

ΔΕΛΤΙΟ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ ΑΠΟ ΕΜΦΙΑΛΩΤΗΡΙΟ ΓΙΑ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Σύμφωνα με την ΚΥΑ Υ2/2600/2001 (όπως αυτή τροποποιήθηκε με την ΚΥΑ 38295/07), την Υ.Δ. Α1β/4841/79 (για επιτραπέζια), το Π.Δ. 433/9.11.83 και την Υ.Α. 329/98 (για φυσικά μεταλλικά)

Υπηρεσία Δειγματοληψίας :

Διεύθυνση :

Αρ. πρωτ.:

Όνομασία Αντικειμένου Υγειονομικού Ενδιαφέροντος:

Κωδικός δειγματοληψίας:

Κωδικός
Αντικειμένου:

Όνομασία Αντικειμένου:

Διεύθυνση:

Τηλ.:

Δήμος/Δ.Δ./Κοινότητα:

Όνοματεπώνυμο υπεύθυνου ατόμου:

Ημερομηνία δειγματοληψίας:

Ωρα:

Όνομασία εμφιαλωμένου νερού:

Όγκος φιάλης:

Όνομασία προμηθευτή:

- Είδος εμφιαλωμένου νερού: Επιτραπέζιο, Φυσικό μεταλλικό, Πηγής
- Στο νερό πραγματοποιείται απολύμανση: Ναι Όχι
- Εάν Ναι, χρησιμοποιείται: Χλώριο, Ηλεκτρόλυση, UV ακτινοβολία, Όζον
 Άλλο, προσδιορίστε:

Τα δείγματα μεταφέρθηκαν με: Ισόθερμο δοχείο υπό ψύξη, Άλλο, προσδιορίστε:

- Συμπληρωματικές εξετάσεις που ζητούνται:

ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑΣ:

Αρ. πρωτ.:

- Δείγματα που ελήφθησαν:

Αριθμός δείγματος δειγματολήπτη	Σημείο δειγματοληψίας				Αριθμός δείγματος εργαστηρίου*
	Πηγή υδροληψίας				
	Είσοδος εργοστασίου				
	Πριν το γεμιστικό				
	Γεμιστικό				
	5-10 πόματα				
	5 κενές φιάλες				
	Άλλο:				
	Προϊόν από σειρά παραγωγής				
	5 φιάλες του 1,5 λίτρου				
	10 φιάλες του 0,5 λίτρου				
	Άλλο:				
	Έτοιμο προϊόν από αποθήκη				
	Φιάλες	Ημερομηνία παραγωγής	Ημερομηνία λήξης	Κωδικός παραγωγής	
	5 φιάλες του 1,5 λίτρου				
	10 φιάλες του 0,5 λίτρου				
	Άλλο:				

Παρατηρήσεις:

Ημερομηνία αποστολής:

Ωρα:

Αρμόδιος δειγματοληψίας:

Όνοματεπώνυμο :

Ιδιότητα:

Υπογραφή:

Αρμόδιος παραλαβής δειγμάτων (*)

Ημερομηνία παραλαβής:

Ωρα :

Όνοματεπώνυμο:

Υπογραφή:

(*): Συμπληρώνονται από το Εργαστήριο μετά την παραλαβή των δειγμάτων