



**ЈЗУ ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЈЕ НА РЕПУБЛИКА  
МАКЕДОНИЈА**

50 Дивизија 6, 1000 СКОПЈЕ, Р. МАКЕДОНИЈА  
тел: 02 3223 033, 02 3125 044, факс: 02 3223 354  
www.iph.mk,

Лабораторија: 02 11  
документ: 0211 ОБ 5.8 101  
верзија: 1  
датум: 20.01.2014  
страница: 1 од 2

**БАРАЊЕ ЗА КАЛИБРАЦИЈА НА ИНСТРУМЕНТ**

**Пополнува Нарачателот/Институцијата:**

Нарачател/Институција:

Адреса:

Телефон:

Факс:

Мобилен:

e-mail:

Име и презиме на овластеното лице:

Име и презиме на контакт лице:

**Податоци за инструментот:**

1. Производител на инструментот \_\_\_\_\_
2. Модел/тип и сериски број на инструментот \_\_\_\_\_
3. Сериски број на инструментот/сондата \_\_\_\_\_
4. Го предавам инструментот за мерење на Јонизирачко зрачење за:  
**Калибрација**  **Енергетска зависност**  **Аглова зависност**   
на одделението за радијациона дозиметрија при ИЈЗ-Скопје и ги прифаќам условите понудени од страна на одделението.
5. Забелешки при предавањето на инструментот:  
**Редовна калибрација**  **Вонредна калибрација**

Инструментот го предал: \_\_\_\_\_

(потпис и печат)

**Пополнува лабораторијата:**

6. Датум на прием \_\_\_\_\_
7. Број на прием \_\_\_\_\_
8. Го примаме инструментот за мерење на јонизирачко зрачење за **калибрација/тест** со податоци по точките бр.: 1,2,3,4 и 5 од овој документ, при што се обврзуваме во рок од 15 (петнаесет) дена да биде калибриран/тестиран во нашата лабораторија.

Забелешки при приемот на инструментот:

да не

- |                      |                          |                          |   |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| - Упатство за работа | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | - |
| - Батерии            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| - Полнач /Адаптер    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |
| - Куфер /Футрола     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |

Инструментот го примил: \_\_\_\_\_

(потпис и печат)

\* Лабораторијата го задржува правото за измена на рокот за калибрација/тестирање

\*\* Сертификат се издава по уплаќањето на сретствата од страна на нарачателот за извршената услугата согласно важечкиот ценовник на ИЈЗ

\*\*\* доколку инструментот не е во состојба да биде калибриран/тестиран, нарачателот е должен да плати 20%(дваесет проценти) од вкупната сума



**ЈЗУ ИНСТИТУТ ЗА ЈАВНО ЗДРАВЈЕ НА РЕПУБЛИКА  
МАКЕДОНИЈА**

50 Дивизија 6, 1000 СКОПЈЕ, Р. МАКЕДОНИЈА  
тел: 02 3223 033, 02 3125 044, факс: 02 3223 354  
[www.iph.mk](http://www.iph.mk),

Лабораторија: 02 11  
документ: **0211 ОБ 5.8 101**  
верзија: 1  
датум: 20.01.2014  
страница: 2 од 2

**БАРАЊЕ ЗА КАЛИБРАЦИЈА НА ИНСТРУМЕНТ**

пополнува ИЈЗ – Лабораторија за јонизирачко зрачење датум ____/____/20__ приемен број _____	проверил
а) Образецот Е / НЕ Е уредно пополнет	
б) превземени активности	