**АКТ №**

**ОТБОРА ОБРАЗЦОВ (ПРОБ**)

**« \_\_\_ » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2024г**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(наименование заявителя, юридический адрес, тел./факс)*

**Мною,** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(фамилия, имя, отчество исполнителя)*

**на основании**  производственного лабораторного контроля

**отобраны образцы (пробы**): биотесты, стерильный инструмент, материал

 *(наименование продукции)*

**с целью контроля на соответствие требованиям:** приказа Министерства здравоохранения РБ от 25.11.2002г № 165 «О проведении дезинфекции и стерилизации учреждениями здравоохранения»; санитарных норм и правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, оказывающим медицинскую помощь, в том числе к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний в этих организациях» утвержденных постановлением МЗ РБ 05.07.2017г №73

 *(наименование технических нормативных правовых актов)*

**Отбор образцов (проб) произведен в соответствии с требованиями:** приказа Министерства здравоохранения РБ от 25.11.2002г № 165 «О проведении дезинфекции и стерилизации учреждениями здравоохранения»;  *(наименование технических нормативных правовых актов)*

**Дата, время отбора и доставки в лабораторию:** отбор произведен \_\_\_ и проба доставлена \_\_\_

**Условия транспортировки**: автотранспорт (в опломбированном виде)

**Дополнительные сведения**: место проведения испытаний - микробиологическая лаборатория Лидского зонального ЦГЭ.  *(место проведения испытания и др. информация)*

**Примечание**\*:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наименование образцов (проб)  | Кол-во | дата стерилизации |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |

**Результаты внешнего осмотра**: видимые дефекты образцов отсутствуют,

**Упаковка:** :пробирки.

**Особые отметки**: -

С областью аккредитации ЛО Лидского зонального ЦГЭ ознакомлен.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *наименование должности исполнителя) (подпись) (инициалы, фамилия)*