



**ŠTÁTNY VETERINÁRNY A POTRAVINOVÝ ÚSTAV Dolný Kubín**  
**VETERINÁRNY A POTRAVINOVÝ ÚSTAV V KOŠICIACH**

Hlinkova 1, 043 65 Košice,  
tel. č.: 055/6330111-13, 055/6330120, fax č.: 055/6330193

**ŽIADANKA NA LABORATÓRNE VYŠETRENIE POTRAVÍN A  
KRMÍV**

**číslo CP**

**Žiadateľ(obchodný názov):**

Adresa:

Telefón:

e-mail:

**Platca:**

Meno a priezvisko(obchodné meno):

Adresa:

IČO:..... DIČ:.....

Telefón:

e-mail:

Číslo vzorky	Názov výrobku (šarža, DMT, DS, LOD, dátum výroby)	Požadované vyšetrenie
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Súhlas dotknutej osoby so spracúvaním a použitím osobných údajov  
(podľa Čl.6 ods.1 písm.a) a písm. c) GDPR a §78 zákona č.18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene  
a doplnení niektorých zákonov.

žiadateľ súhlasí so spracovaním osobných údajov

žiadateľ súhlasí s rozsahom a vyhodnotením zhody/nezhody v zmysle platnej legislatívy

**Výsledky poslať:**

žiadateľovi e-mailom     žiadateľovi poštou     platcovi e-mailom     platcovi poštou

V ..... dňa .....

podpis a pečiatka