**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(miejscowość i data)

**oświadczenie**

Będąc osobą uprawnioną do reprezentacji laboratorium prowadzonego pod nazwą:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(Pełna nazwa laboratorium i numer ewidencji)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(siedziba i adres laboratorium)

Potwierdzam poddanie się w/w laboratorium comiesięcznej zewnętrznej ocenie jakości oraz innych możliwych form kontroli na zasadach regulowanych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1923 ze zm.), a także stałemu monitorowaniu działalności przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny w ramach jego kompetencji.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(podpis/pieczęć)