|  |
| --- |
|  |
|  | **ŽÁDOST o účast v programu MPZ** |
|  |
| **MPZ 1400-23** | **PÍSTOVÉ PIPETY (manuální a elektronické)** |
|  |
| **SPECIFIKACE MPZ:** | Organizace a vyhodnocení předmětného mezilaboratorního porovnání v souladu s normou ČSN EN ISO/IEC 17043. |
|  |
|  | **A** | **B** |
| **MĚŘIDLO:** | Pístové pipety elektronické | Pístové pipety manuální |
| **TYP:** | Xplorer | Research plus |
| **VÝROBCE:** | Eppendorf | Eppendorf |
| **ROZSAH:** | (0,5 až 10) ml | (50 až 1000) ml | (0,5 až 10) ml | (100 až 1000) ml |
| **MĚŘICÍ BODY:** | **0,5** | **1** | **5** | **10** | **ml** |
|  | **100** | **500** | **1000** | **ml** |
| **CMC:** | 0,01 ml + 0,13 % MH (měřené hodnoty) |
| **METODA MĚŘENÍ:** | gravimetrická |
| **PŘEDPIS:** | ČSN EN ISO 8655-6:2022, EURAMET cg-19, verze 3.0 |
|  |
| **Poznámka:** | Každá laboratoř bude měřit v rozsahu svých technických možností. |
|  |
| **Referenční laboratoř:** | ČMI OI Brno, Oddělení primární etalonáže fyzikální chemie |
| **Odborný garant:** | Mgr. Martina Vičarová, PhD. |
| **Zahájení MPZ:** | červen 2023 |
| **Předpokládané ukončení programu MPZ:** | březen 2024 |
|  |
| **CENA za MPZ včetně dopravy:\*\*** |
| **Česká republika** | **16 800 CZK** | **bez DPH** |
| **Slovenská republika** | **700 EUR** | **bez DPH** |
| **\*\*** | Cena za MPZ se vztahuje na všechny výše uvedené zkušební položky a nezávisí na volbě žadatele. |
| Žadatel si je vědom skutečnosti, že je povinen uhradit ČMI náklady související s organizací a vyhodnocením mezilaboratorního porovnání zkoušek, a že podmínkou pro zahájení této služby ze strany ČMI je úhrada dřívějších závazků žadatele k ČMI. |
| Práva a povinnosti vyplývající z této žádosti se řídí příslušnými ustanoveními zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění. |
|  |
|  |
| **Organizátor MPZ:** |
| *Název:* | **Český metrologický institut, Referát MPZ** |
| *Adresa:* | **Okružní 31, 638 00 Brno, Česká republika** |
| *IČ / DIČ:* | **00177016** | **CZ00177016** |
| *Číslo účtu:* | **198139621/0710** |
| *IBAN / SWIFT:* | **CZ18 0710 0000 0001 9813 9621** | **CNBACZPP** |
|  |
| **ŽADATEL:** |
| *Název právnické nebo fyzické osoby:* |  |
| *Adresa firmy:* |  |
| *Adresa provozovny (pokud není totožná s adresou firmy):* |  |
| *IČ / DIČ:* |  |  |
| **Osoba oprávněná k technickým jednáním (kontaktní osoba):** |
| *Jméno, příjmení, titul:* |  |
| *Funkce:* |  |
| *Tel:/email:* |  |  |
| **Smlouva s ČMI na organizaci MPZ č.:** |  |
| **Objednávka žadatele na tuto službu č.:\*\*\*** |  |
| **\*\*\*** | *Objednávka žadatele, pokud ji žadatel vystavuje, bude přílohou této žádosti.* |
|  |
| **Informace pro sestavení ČASOVÉHO HARMONOGRAMU měření:** |
| *Laboratoř nemůže měřit v termínu:* |  |
|  |
| **Pokud žadatel nemá s ČMI uzavřenou smlouvu na dobu neurčitou na účast v programech mezilaboratorního porovnávání, tato žádost bude předána právnímu oddělení ČMI, které s žadatelem smlouvu uzavře.** |
|  |
| **Oficiální potvrzení ŽÁDOSTI:** |
| **Žadatel se tímto zavazuje poskytnout plnou součinnost při realizaci tohoto MPZ:** |
|  **ad A)** | **Žadatel se zavazuje poskytnout součinnost při dopravě měřidla podle pokynů uvedených ve stanoveném harmonogramu.** |
|  **ad B)** | **Žadatel se zavazuje použít předmětná měřidla pro měření v rámci tohoto MPZ podle stanovených pokynů a pokynů výrobce, nevystavit je extrémním vlivům a zasahovat jakýmkoliv způsobem do nastavení měřidel.** |
|  **ad C)** | **Žadatel zodpovídá ČMI za škody na svěřeném měřidle nebo měřidlech způsobených nesprávnou manipulací nebo nedodržením stanovených pokynů. V případě jejich poškození je žadatel povinen** **poskytnout ČMI náhradu způsobené škody.** |
|  **ad D)** | **Žadatel se zavazuje provést požadovaná měření ve stanoveném termínu podle časového harmonogramu.** |
|  **ad E)** | **Žadatel se zavazuje odeslat požadované výsledky měření na Referát MPZ nejpozději do 14 dní po dokončení měření.** |
| **ad F)**  | **Žadatel bere na vědomí, že pro účely realizace požadovaného DPMZ ČMI v nezbytném rozsahu zpracovává osobní údaje kontaktní osoby uvedené v této žádosti.** |
|  |
| **V** |  | **Datum:** |  |
| Razítko a podpis **ŽADATELE:**  |  |
|  |
| **Konečný termín pro zaslání žádosti:**  | **20.05.2023** |
| **Kontakt na ČMI:** | RNDr. Simona Klenovská, *vedoucí Referátu MPZ* | sklenovska@cmi.cz |
|  |