

คำขอการรับรองคุณภาพระบบตรวจสอบสารพิษตกค้างในผักสด ผลไม้สด และสารปนเปื้อนในอาหาร

สำหรับเจ้าหน้าที่

เลขที่รับ.....
วันที่รับ.....
ลงชื่อ.....ผู้รับคำขอ
ตำแหน่ง.....

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/.....() ผู้บริหาร () ผู้รับมอบอำนาจ
อายุ.....ปี สัญชาติ.....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....ออกให้ ณวันหมดอายุ.....
โทรศัพท์/มือถือ..... E-mail address

ในนามของห้องปฏิบัติการ บริษัท/ ห้างหุ้นส่วน/ หน่วยงาน.....
ซึ่งมีสำนักงานตั้งอยู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....หมู่ที่.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์/มือถือ.....โทรสาร.....

สถานที่ดังกล่าวทำธุรกิจ

- จำหน่ายผักสด ผลไม้สด () ในประเทศ () ส่งต่างประเทศ ระบุ.....
- จำหน่ายอาหาร () ในประเทศ () ส่งต่างประเทศ ระบุ.....

ประเภทการรับรอง () ขอการรับรองใหม่ () ขอต่ออายุใบรับรอง () ขอขยายขอบข่ายการรับรอง
ตามมาตรฐานคุณภาพ () ระบบตรวจสอบสารพิษตกค้างในผักสด ผลไม้สด () ระบบตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหาร

วิธีทดสอบ: ตรวจสอบเบื้องต้นโดยชุดทดสอบ

โปรดระบุ.....
.....
.....

พร้อมกับคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่าง ๆ ตามแบบบันทึกการตรวจประเมิน (checklist) การดำเนินการ
ตามข้อกำหนดด้านคุณภาพและวิชาการฯ (รหัส F 07 15 047)

บันทึกข้อตกลงสำหรับผู้ยื่นคำขอ

1. ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามนโยบาย ข้อกำหนด และเงื่อนไขการรับรองมาตรฐานคุณภาพระบบตรวจสอบสารพิษตกค้างในผักสด ผลไม้สดฯ ของสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
2. ข้าพเจ้าจะชำระค่าธรรมเนียม และค่าใช้จ่ายทั้งหมดที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการตามคำขอนี้
3. ข้าพเจ้ายินยอมให้สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการเข้าตรวจประเมินบุคลากร สถานที่ปฏิบัติงาน เครื่องมือ ข้อมูล เอกสารและบันทึกที่เกี่ยวข้องกับขอบข่ายของการยอมรับความสามารถและรักษาไว้ซึ่งคุณภาพของห้องปฏิบัติการ
4. ข้าพเจ้ายินยอมแจ้งให้สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการทราบอย่างเป็นทางการเป็นลายลักษณ์อักษรทันทีเมื่อห้องปฏิบัติการ มีการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างจากที่ระบุไว้ในคำขอ และเอกสารประกอบการรับรองที่ยื่นต่อสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ เช่น มีการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางกฎหมาย โครงสร้างองค์กร ผู้มีอำนาจในการบริหารองค์กร นโยบาย วิธีปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง บุคลากร วิธีทดสอบ และสถานที่ในการทำการที่กระทบผลการทดสอบ แจ้งให้สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทราบทันทีหรือไม่เกิน 15 วัน นับจากวันที่มีการเปลี่ยนแปลง
5. ข้าพเจ้ายินยอมที่จะใช้เอกสารการรับรอง และเครื่องหมายเพื่อแสดงถึงการรับรองตามหลักเกณฑ์และเงื่อนไข ที่สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการกำหนดไว้ โดยจะไม่นำไปใช้ให้เกิดความเสียหาย หรือก่อให้เกิดความเข้าใจผิด หลอกลวงหรือ กล่าวอ้างเกินขอบข่ายที่ได้รับการรับรอง หากฝ่าฝืนสำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการจะพิจารณาระงับการรับรองชั่วคราว จนกว่า จะมีการปรับปรุงแก้ไขภายในระยะเวลาที่กำหนด
6. ข้าพเจ้าจะให้ความช่วยเหลือในการสอบสวนหาสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการร้องเรียนของลูกค้า ตามขอบข่ายที่ได้รับการรับรอง และส่งมอบเอกสารที่เกี่ยวข้องให้สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการเมื่อมีการร้องขอ
7. หน่วยงาน/เจ้าของข้อมูล ให้ความยินยอมแก่สำนักมาตรฐานห้องปฏิบัติการ ให้เข้าถึง และประมวลผลข้อมูลของหน่วยงาน และข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปใช้ในกระบวนการรับรองห้องปฏิบัติการ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้ที่ลงนามเป็นผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ทำการใดๆ ในฐานะตัวแทนของห้องปฏิบัติการ บริษัท/ห้างหุ้นส่วน/ หน่วยงาน และสิ่งที่ปรากฏอยู่ในคำรับรองฯ เป็นความจริง ซึ่งข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจ และยินดีที่จะปฏิบัติตามที่ระบุไว้

ลงชื่อ.....ผู้ให้คำรับรอง
(.....)
ตำแหน่ง
วันที่.....