Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

Федеральное бюджетное учреждение здравоохранения "Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Адыгея"

Юридический адрес: 385000, Республика Адыгея, г. Майкоп, ул. Гагарина, 40
Телефон, факс: (8- 8772) 52-36-37 ОКПО 72619159 ОГРН 1050100534890 ИНН/КПП 0105044421/010501001

Филиал ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Адыгея в Шовгеновском, Кошехабльском и Гиагинском районах"

Юридический/ Фактический адрес **385440, Республика Адыгея, Шовгеновский район, а. Хакуринохабль, ул. Тургенева, 13**
Телефон, факс: (8- 87773) 9-24-81

Аттестат Аккредитации № RA.RU.21АБ18 дата внесения сведений в реестр аккредитованных лиц 06.03.2015г.
Лицензия "На осуществление медицинской деятельности" № ФС-01-01-000288 от 14.07.2016г.

ПРОТОКОЛ ЛАБОРАТОРНЫХ ИСПЫТАНИЙ № 4369 ШФ

от '8' ноября 2019 г.

Наименование пробы (образца): Вода коммунальных скважин

Проба (образец) направлен(а): Филиал "Центра гигиены и эпидемиологии в Республике Адыгея" в Шовгеновском, Кошехабльском и Гиагинском районах
Республика Адыгея, а.Хакуринохабль, ул.Тургенева, 13

Проба (образец) отобран(а): дезинфектор СтаценкоТ.И.

Акт №: 4369

Время и дата отбора пробы (образца): 06.11.2019 13:26:00

Время и дата доставки пробы (образца): 06.11.2019 15:10:00

Цель отбора: на соответствие требованиям Сан ПиН 2.1.4.1074-01

Юридическое лицо, индивидуальный предприниматель или физическое лицо, у которого отбиралась проба (образец):

МП "Келермесское" МО "Келермесское сельское поселение" ст.Келермесская, ул.Советская,87

Объект, место, где проводился отбор пробы (образца): Водопровод МП "Келермесское" МО "Келермесское сельское поселение", ст.Келермесская артскважина №Р-46

Изготовитель: ---

Дата выработки: --- **Размер партии:** _

Номер партии: ---

Вид упаковки: стерильная, стеклянная

НД на метод отбора пробы (образца): ГОСТ 31942-2012

Объем пробы: 0,5 л

Условия транспортировки: сумка-холодильник

Дополнительные сведения: Производственный контроль

Сведения о средствах измерения:

Главный врач филиала _____ **(М.М. Кунов)**

Код образца (пробы) в ИЛЦ: 4369 . 15.1.19

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Дата проведения испытания: начал 06.11.2019 15:30:00 **окончание** 08.11.2019

№№	Определяемые показатели	Результаты исследований с характеристикой погрешности, $X_{ср} \pm \Delta$	Норматив	Единицы измерения (для графы 3, 4)	НД на методы испытаний
1	2	3	4	5	6
1	ОКБ	0	Отсутствие	КОЕ в 100мл	МУК 4.2.1018-01
2	ОМЧ	5	Не более 50	КОЕ/мл	МУК 4.2.1018-01
3	ТКБ	0	Отсутствие	кое/100мл	МУК 4.2.1018-01

Код образца (пробы) в ИЛЦ: 4369 . 15.1.19

Лицо, ответственное за оформление протокола : _____ инженер Сиюхова З.Е.

Перепечатка протокола испытаний без письменного разрешения испытательной лаборатории не допускается.

Частичное воспроизводство протокола без письменного разрешения испытательной лаборатории запрещено.